

## **O Modelo de Transporte de Doentes**

### **Não Urgentes**

#### **Estudo do caso Hospital Geral de Santo António**

Rui Miguel Seabra Coutinho Cardoso

XXXIX Curso de Especialização em  
Administração Hospitalar  
(2009-2011)

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**XXXIX CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**

**O MODELO DE TRANSPORTE DE DOENTES NÃO URGENTE:**

**ESTUDO DO CASO HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO**

**RUI MIGUEL PINTO SEABRA COUTINHO CARDOSO**

**LISBOA**

**2012**

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Carlos Costa, Director do Curso de Especialização em Administração Hospitalar que sempre nos incutiu a necessidade de sentido crítico na abordagem a temas relacionados com a gestão em saúde.

Ao Dr. Rui Santana, orientador deste trabalho, uma palavra de apreço pelo seu contributo, partilha de conhecimentos e orientação, os quais tiveram grande influência no resultado deste trabalho.

A todos os professores que, ao longo deste Curso, contribuíram de uma forma decisiva para a minha formação, científica e humana.

À Escola Nacional de Saúde Pública, em especial aos seus funcionários.

À Dra. Carla Magalhães, orientadora local deste trabalho, pela sua continua disponibilidade e com quem muito aprendi.

A todos os profissionais do Centro Hospitalar do Porto, mais concretamente do Hospital Geral de Santo António, nomeadamente a que participaram na elaboração deste trabalho.

Aos colegas do XXXIX CEAH, pela amizade e companheirismo, em especial ao Nuno Pedrosa e à Sofia Roquette Canto e Castro.

Aos meus Pais e em especial à minha irmã, Ana Luisa Cardoso, pelo apoio e motivação que me deram e que representam exemplos para mim.

A todos agradeço, profundamente, e dedico o resultado deste trabalho.

## Índice

RESUMO .....	8
1- INTRODUÇÃO.....	9
1.1. Enquadramento do Tema .....	9
1.2. Estrutura do Trabalho .....	9
2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	10
2.1. O Serviço Nacional de Saude e sua importância no contexto nacional.....	10
2.2. O contexto económico-financeiro no sector da Saude .....	12
2.3. O Transporte de Doentes Não urgentes em Portugal .....	15
2.3.1. Introdução .....	15
2.3.2. Tipos de transporte de doentes .....	17
2.3.3. Âmbito do transporte não urgente.....	18
2.3.3.1. Quem tem direito ao transporte .....	18
I. Transporte em ambulância .....	18
II. Outros meios de transporte .....	19
2.3.3.2- Forma de contratação .....	20
2.3.4. Os níveis de Qualidade nos tipos de Transporte .....	21
2.4. Análise do regime jurídico de transporte de doentes em Portugal .....	23
2.4.1. Evolução legislativa em Portugal .....	23
2.4.1.1. Leis e Decretos-Lei.....	23
2.4.1.2. Circulares Normativas/Informativas .....	27
2.5. Experiências Internacionais no Transporte Não Urgente .....	29
2.5.1. Caso Britânico .....	29
2.5.2. Caso Norte Americano .....	32
I. Delaware .....	33
II. Utah.....	34
III. Nova York .....	35
3- CHP.....	38
3.1. História .....	38
3.1.1. Seu Enquadramento na Região.....	38
3.2. Hospital Geral de Santo António.....	42
3.2.1. Sua História .....	42
3.2.2. O Serviço de Transporte de Doentes .....	42
I. Sua Missão.....	42

II.	Sua organização interna.....	43
III.	Análise do Regulamento existente .....	44
IV.	Circuito de emissão de requisições de transporte .....	46
V.	Regime actual de procedimentos.....	47
4-	OBJECTIVOS .....	50
4.1.	Objectivo Geral.....	51
4.2.	Objectivos Específicos .....	51
5-	METODOLOGIA .....	51
5.1.	Fonte de dados.....	51
5.2.	Análise de Dados .....	52
5.3.	Variáveis em estudo .....	55
I.	Conformidade legal.....	55
II.	Transporte de doentes.....	55
III.	Despesa no transporte de doentes .....	57
6-	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	59
6.1.	Qual o grau de conformidade do Regulamento Interno do CHP face às normas legais em vigor? .....	59
6.2.	Existe adequação entre os critérios clínicos definidos e a sua aplicação prática? .....	61
6.3.	Quanto custa o transporte injustificado/inadequado? .....	65
I.	Transporte em ambulância (TA) .....	65
II.	Transporte em táxi (TT) .....	66
7-	DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	68
8-	DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	70
9-	CONCLUSÕES.....	72
10-	RECOMENDAÇÕES.....	74
	BIBLIOGRAFIA.....	76
	ÍNDICE DE ANEXOS.....	80

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AH – Administrador Hospitalar

BO- Bloco Operatório

CA- Conselho de Administração

CHP – Centro Hospitalar Porto

CRP- Constituição da Republica Portuguesa

CVP- Cruz Vermelha Portuguesa

HGSA – Hospital Geral Santo António

HJU- Hospital Joaquim Urbano

HMP- Hospital Maria Pia

MCC- Material de Consumo Clínico

MJD – Maternidade Júlio Dinis

PCT- Patient Commissier Transport Intermediário Transportes Doentes)

PTS- Patient Transport System (Sistema de Transporte de Doentes)

ST- Serviço de Transportes

SU- Serviço de Urgência

TR-Termo de responsabilidade

## RESUMO

**Contexto:** A avaliação das práticas de um hospital na utilização do transporte não urgente, mais concretamente, a análise do procedimento utilizado nas respectivas requisições de transporte não urgente, por patologia, da estrutura de custos por tipo de transporte e sua validação em termos de conformidade para respectivo pagamento.

**Objectivos:** Os objectivos deste trabalho são a i) avaliação da adequação das práticas do transporte não urgente, do Hospital Geral de Santo António (HGSA) do Centro Hospitalar do Porto (CHP), ao normativo legal em vigor, ii) do grau de conformidade das requisições de transporte analisadas com os critérios clínicos estabelecidos, iii) mensurar os custos de transporte programado na estrutura hospitalar e avaliar a dimensão dos transportes injustificados/inadequados, no orçamento do HGSA.

**Metodologia:** A partir da análise do normativo legal do transporte não urgente e do Regulamento Interno do HGSA, foram criadas duas matrizes, feita uma análise comparativa entre as mesmas, com o objectivo de permitir aferir do grau de conformidade do Regulamento face ao normativo legal.

De 560 requisições de transporte e de 525 facturas de transporte não urgente, foi realizada uma comparação do grau de adequação das práticas do HGSA face ao estabelecido legal e clinicamente.

Na vertente da análise do grau de conformidade do Regulamento face ao normativo legal foram os dois documentos comparados de acordo com os requisitos estabelecidos na Lei, tendo sido definidas as seguintes variáveis para as seguintes situações: i) situações abrangidas pelo transporte não urgente, taxa de conformidade situações abrangidas (TCSA) ii) justificações clínicas para o direito a tal tipo de transporte, taxa de conformidade justificações clínicas (TCJC) tendo, posteriormente, sido definida e calculada uma taxa global de conformidade (TCG).

Na vertente do grau de adequação entre os critérios clínicos definidos e a sua aplicação prática bem como da definição da dimensão dos custos e sua representatividade no transporte injustificado/inadequado foram, para a primeira questão, criadas quatro variáveis, Transporte Justificado (TJ), Transporte Justificado mas não o meio utilizado (TJnm), Transporte Justificado mas sem sustentação clínica (TJssc) e Transporte Não Justificado (TNJ) e para a segunda questão três variáveis, o Transporte em Ambulância (TA), o Transporte em Táxi (TT) e o Transporte Público ou Próprio (TP).

**Resultados:** Conclui-se do presente estudo que o Regulamento Interno do CHP tem, nas duas situações em análise, um grau elevado de conformidade com o respectivo normativo legal, de acordo com a Taxa de Conformidade Global (80%). Também é possível concluir na adequação dos critérios clínicos definidos à sua aplicação prática que os mesmos se adequam em 85,7% das situações analisadas, ou seja, em 85,7% das vezes o transporte estava justificado, sendo que em 38% das vezes o transporte estava integralmente justificado, em 49% das vezes estava justificado mas não o meio utilizado e em 14% encontrava-se justificado mas sem a sustentação clínica devida. No que respeita ao tipo de transporte utilizado dos transportes justificados, 90 % foi realizado em ambulância, 8% em táxi e 2% em transporte público ou próprio e dos transportes não justificados 92,5% foi realizado em ambulância, 2,5% em táxi e 5% em transporte público ou próprio. No que concerne à causa clínica, nos transportes justificados, 53,3% deve-se a problemas do aparelho locomotor, 25% a alterações neurológicas, 16,3% a patologias que condicionam incapacidade funcional em repouso ou para a actividade mínima diária, 4,6% a transplante renal, 0,4% a Hemodiálise/Diálise e 0,4% a casos sociais e nos transportes injustificados, 69,2% deveu-se a alterações neurológicas e 30,8% a problemas do aparelho locomotor. O custo do transporte injustificado ascendeu a 304.172,50 € enquanto o do transporte inadequado ascendeu a 187.263 €.

**Palavras-chave:** Despacho 7861/2011; Regulamento Interno; Transporte; Justificação; Adequação; Autorização.



# **1- INTRODUÇÃO**

## **1.1. Enquadramento do Tema**

O presente trabalho é elaborado no âmbito do acesso aos cuidados de saúde, mormente às estruturas hospitalares de prestação de cuidados de saúde.

Incide sobre uma área hospitalar, transporte de doentes não urgentes, que tem um peso significativo sobre a estrutura de custos das organizações e sobre a qual existem entendimentos de que o grau de desperdício derivado das práticas adoptadas nos hospitais devem ser revistas no sentido de uma maior eficiência operacional, financeira e, em último grau, do superior interesse do doente, objectivo último de qualquer Sistema de Saúde.

Este tema para além da importância intrínseca, que lhe advém de ser, muitas vezes, o transporte não urgente o garante de que os cidadãos, especialmente os que vivem fora dos meios urbanos, têm acesso aos cuidados de saúde, ganha especial importância num contexto de forte contenção orçamental nos vários sectores da sociedade ao qual o sector da saúde não é alheio.

Aliás, o sector dos transportes não urgente, foi considerado, na abrangência das medidas de contenção a adoptar, como uma das áreas fundamentais em intervir, tendo sido alvo de uma disposição concreta no *Memorandum* de Entendimento assinado entre o Governo Português e a Troika (Portugal; Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality, 2011).

## **1.2. Estrutura do Trabalho**

O trabalho foi estruturado da seguinte forma:

No Capítulo II efectua-se um enquadramento teórico do tema em estudo, com uma revisão de literatura. O capítulo tem início com uma abordagem à importância do Serviço Nacional de Saúde, enquanto garante do acesso de todos aos cuidados de saúde, seguidamente é feita uma análise do contexto económico-financeiro que o sector da saúde prosseguindo-se com a exposição de como se caracteriza o transporte de doentes não urgentes em Portugal. Ainda neste capítulo é feita uma análise do regime jurídico aplicável ao transporte de doentes finalizando-se com uma descrição de dois modelos internacionais de transporte não urgente.

No Capítulo III é feita uma descrição das características do Centro Hospitalar do Porto, com especial incidência no Hospital de Santo António e no seu Serviço de Transportes.

No Capítulo IV são apresentados os Objectivos Gerais e Específicos deste trabalho. A Metodologia de Investigação é descrita no Capítulo V onde são referidas as fontes de dados, o desenho e as variáveis em estudo. No Capítulo VI é feita a Apresentação dos Resultados

de acordo com os objectivos específicos traçados. No Capítulo VII é feita a Discussão Metodológica com indicação das principais limitações da metodologia utilizada na análise. No Capítulo VIII é feita a Discussão dos Resultados sendo as Conclusões e Recomendações feitas nos dois capítulos seguintes.

## **2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1. O Serviço Nacional de Saúde e sua importância no contexto nacional**

O presente trabalho ganha parte da sua razão de ser na Constituição da República Portuguesa (CRP), mais concretamente num princípio fundamental que esta consagra e na sua relação com o tema em análise, o transporte não urgente de doentes.

De facto, logo no nº 1 do seu artigo 13º a CRP, consagra o Princípio da Igualdade, ou seja, “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei”, acrescentando o seu nº 2 “Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual”, significando este princípio, de carácter geral, que não pode existir qualquer tipo de discriminação entre cidadãos nacionais.

Porém, a CRP vai mais longe estabelecendo princípios próprios para a área da saúde, senão vejamos.

No seu nº 1 do artº 64 a CRP começa por estabelecer que, “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Esta disposição acaba por estabelecer não apenas um direito, o da protecção à saúde, como também uma obrigação para cada um dos cidadãos que é o dever de a defender e promover, ou seja, adoptar comportamentos que conduzam a saúde a índices de satisfação e qualidade cada vez mais elevados. Aos cidadãos é assim também cometida a tarefa de promover a saúde, pretendendo o legislador com este dever promover a saúde pública, que tem reflexos muitas vezes na saúde de cada um.

A Qualidade da saúde e do estilo de vida que cada pessoa tem antes da apresentação de um problema ou sintoma predetermina o resultado e a despesa de cada tratamento, sendo que cada uma deve ser responsável pela sua saúde (Sloan et al.1996).

No alínea a) do número seguinte do mesmo artigo é definida a forma como essa protecção deverá ser feita assentando a sua trave mestra na indicação de qual o modelo que irá auxiliar à concretização do estabelecido no nº1 e que será o nosso conhecido Serviço Nacional de Saúde (SNS) o qual deverá ter “(...) em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Já a alínea b) enuncia os pressupostos para essa protecção, enfocando mais a questão na área da saúde pública.

A preocupação do legislador nesta abordagem foi a “ (...) criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e a melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda o desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

No nº 3 do citado artigo é definido qual é o papel do Estado e suas principais funções nesta área, como sejam:

- a) “Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação,
- b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde,
- c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos.

Estas disposições harmonizam-se com o Princípio Geral, já referido, no nº 1 do artigo 13º da CRP que consagra o Princípio da Igualdade, ou seja, “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.”

Aplicando o princípio anteriormente referido às perspectivas que a equidade pode revestir, pode-se referir que enquanto a equidade horizontal (enquanto princípio de igual tratamento para iguais doentes) parece estar representada no conceito de universalidade e até no de tendencialmente gratuito já a equidade vertical não parece, até há relativamente pouco tempo, estar assegurada porque como já foi referido, a generalidade - iguais serviços e níveis de serviço em todas as instituições hospitalares, independentemente da sua área geográfica - a mais difícil, senão impossível de conseguir obrigando muitas vezes os utentes a recorrer ao serviço privado para obterem os cuidados de saúde necessários (Campos (2008).

Refira-se que o conceito de equidade conduz a múltiplas interpretações dependendo dos valores dos indivíduos que utilizam os recursos e dos objectivos que se pretendem atingir (Giraldes, 2005).

Para autores como Braveman e Gruskin (2003) equidade significa justiça social sendo um conceito de natureza ética que se enquadra na justiça distributiva sendo que para efeitos de medição e operacionalização do que é equidade, esta deve ser entendida como a ausência sistemática de disparidades na saúde entre grupos sociais com diferentes níveis ou diferentes hierarquias sociais.

Já o conceito de iniquidade está presente, por exemplo na constatação de que às classes mais pobres são prestados menos cuidados de saúde por unidade de necessidade do que às classes mais favorecidas (Pereira, 1993).

Os segmentos etários e/ou especialidades clínicas onde tal se torna mais visível são no cuidados de saúde a idosos, da área da saúde oral e da saúde reprodutiva, onde o Estado, que carrega sempre o fardo de as necessidades serem sempre superiores aos recursos, deixou, que os privados ganhassem relevância e que constituíssem a única forma dos cidadãos terem acesso a certo tipo de cuidados de saúde (Campos 2008).

Está analisado em termos reais que enquanto os mais velhos, com mais de 65 anos, deslocam-se mais a pé e de transportes públicos, bem como as pessoas com níveis de escolaridade mais baixos, são os mais pobres, com mais de 75 anos, sem instrução, pertencendo à classe mais baixa quem mais utiliza o táxi ou os serviços de bombeiros (Cabral, 2002).

Esta constatação está directamente relacionada com o facto de os utentes do SNS pertencerem, em geral, aos estratos mais baixos (social e economicamente) da sociedade portuguesa e aos grupos sociais com maior tendência para a morbilidade (Cabral, 2002).

O conceito de equidade que aqui ganharia importância seria o de “igualdade de utilização para igual necessidade” sabendo-se à partida que quem tem menor propensão para a utilização dos cuidados de saúde, de natureza preventiva, serem as classes mais

desfavorecidas. Este conceito é utilizado quando o objectivo a atingir for o da promoção da saúde ou de prevenção da doença (Giraldes, 2005).

O Sistema Nacional de Saúde, onde se integra o Serviço Nacional de Saúde (SNS), encontra-se definido no diploma da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro), diploma este que foi analisado mais em profundidade no capítulo anterior, uma vez que é a “extensão” do estabelecido na CRP.

No Capítulo II “ Das Entidades Prestadoras do Serviço em Geral”, Base XII, nº 1 é estabelecido que “O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.”, ou seja, o Serviço Nacional de Saúde encontra-se no âmbito do Sistema Nacional de Saúde enquanto estrutura que engloba o SNS mas não só estando no seu âmbito as demais entidades públicas bem como privadas.

No que respeita ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) este é composto por todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente, i) Estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, ii) Unidades locais de saúde, iii) Centros de saúde e Agrupamentos de centros de saúde.

Estabelecendo-se, também, que “Todos os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da respectiva natureza jurídica, estão sob a tutela do membro do Governo responsável pela área da Saúde e regem-se por legislação própria.”

Ao conceber o SNS, o legislador pretendeu assumir e dar corpo ao princípio constitucional, já anteriormente mencionado, de garantir o acesso de todos os portugueses a cuidados de saúde de acordo com as suas necessidades e independentemente da sua capacidade ou não de pagar (Ribeiro, 2009).

O SNS português, inspirado no NHS (*National Health Service*) britânico e nas raízes *beveridgeanas* em que este se inspirou, obedece a uma matriz que contempla 5 vertentes: i) responsabilidade do Estado pela saúde dos cidadãos, ii) princípio da compreensibilidade, iii) princípio da universalidade, iv) princípio da igualdade e v) princípio da autonomia clínica (Simões, 2009).

Só que, como se verá no capítulo seguinte, a prossecução destes objectivos, tem sido uma das causas para os custos com a Saúde sejam maiores do que os proveitos.

## **2.2. O contexto económico-financeiro no sector da Saúde**

É uma constatação reconhecida por todos que nos últimos anos, senão nas últimas décadas, o sector da saúde é um sector altamente deficitário, em Portugal. Parte dos factores externos que contribuem para um aumento dos custos em saúde são comuns não apenas aos sistemas de saúde portugueses mas a todos em geral como sejam o desenvolvimento tecnológico, o aumento da prevalência de doenças crónicas, o crescimento de consumo de medicamentos ou o aumento da esperança média de vida das populações (Shortell e Kaluzny citado por Costa, C., Santana, R., Lopes, S., Barriga, N., 2008)

Também é um dado adquirido que as despesas da saúde crescem de acordo com a riqueza do país; os países mais pobres têm, por regra, um sector público proporcionalmente mais

importante do que os países mais ricos, sendo que nestes o aumento das despesas com saúde mostrou-se mais rápido do que o da riqueza nacional (Beresniak, 1999).

Quer isto dizer que as despesas nele verificadas, são crescentes de ano para ano e, ainda que, se trate de uma actividade em princípio não lucrativa - não visando como fim último o lucro, o que, a acontecer um dia seria para reinvestir em novas infra estruturas e recursos humanos e não para remunerar o accionista como acontece nos privados - constitui uma das grandes preocupações dos vários agentes ligados ao sector, desde os políticos aos que detêm responsabilidade de gestão das unidades hospitalares, procurar conter os níveis desses custos.

Deste modo, nos últimos anos tem havido por parte das organizações prestadoras de cuidados de saúde, esforço em determinar, conhecer e gerir os custos de produção com vista a um maior apoio ao processo decisional, operacional e estratégico, uma vez que, como foi referido no parágrafo anterior apesar das entidades prestadoras de cuidados de saúde no âmbito do SNS não visarem o lucro o seu objectivo deve passar sempre por um equilíbrio económico e financeiro sustentado (Costa, C., Santana, R., Lopes, S., Barriga, N., 2008).

Mas, contrariamente ao que acontece noutros sectores, neste, não se pode, pura e simplesmente cortar nas despesas sem que se prejudique a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e que o SNS visa assegurar, propondo-se: a) Ser universal quanto à população; b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação; c) Tendencialmente gratuito; d) Igualdade de acesso; e) Maior eficiência; f) Garantir a equidade no acesso dos doentes; g) Ter uma organização regionalizada e gestão descentralizada e participada;

Sem perder de vista esta conquista social há então que procurar as razões que conduzem a um consequente aumento das despesas com saúde (que já representa 10% do nosso PIB), mesmo que como adiante mencionarei, haja cada vez mais mecanismos de controle dessa mesma despesa, sem prejuízo da condução de uma política de procura de aumento da eficiência, da melhoria crescente dos cuidados de saúde e, consequentemente, do aumento da satisfação quer dos prestadores quer dos utilizadores (Ribeiro, 2009).

Muitas mais razões existirão que poderiam ser enumeradas mas existe uma, que a meu ver, merece particular atenção: o crescente aumento das expectativas de qualidade por parte dos utilizadores, ou seja, os utentes são cada vez mais exigentes em relação aos cuidados que lhes são prestados, quer do ponto de vista de acessibilidade, quer da própria disponibilidade; isto conduz a uma relação causa/efeito uma vez que para responder a estas crescentes expectativas, derivado também dos cuidados de saúde terem hoje uma tecnologia diferenciada, tal faz com que os profissionais que os prestem tenham, em geral, um elevado nível de qualificações com o consequente aumento de remunerações (Ribeiro 2009).

As razões para essa situação, são várias e mutáveis mas podemos referir, desde logo (Ribeiro, 2009) como principal:

- a melhoria de condições de vida vai fixando novos patamares de exigência e hoje a expectativa do cidadão é muito diferente do que era há 30 anos podendo esta expectativa ser desdobrada em “sub expectativas” se assim lhes pudermos chamar e que passamos a referir:
- a primeira expectativa é que o Estado assegure uma boa legislação e regulamentação do sistema, um bom planeamento dos recursos, uma boa organização das estruturas e uma grande transparência nos processos que utiliza;

- a segunda é de que o Estado proteja o cidadão das más práticas, regulando o licenciamento das unidades de saúde, fiscalizando a comercialização de produtos farmacêuticos bem como a actividade desenvolvida pelos vários agentes que actuam neste mercado, através por exemplo de fiscalizações rigorosas e periódicas;
- a terceira é que o Estado garanta um nível satisfatório de resposta em situações de crise de saúde pública bem como manter uma capacidade ao nível das estruturas em caso de situações anómalas;
- a quarta é a de permitir ao cidadão encontrar resposta adequada à situação pessoal de emergência que surja bem como informação atempada e soluções eficazes em caso de acidente;
- a quinta é a de garantir a qualquer pessoa uma resposta organizada por parte das entidades responsáveis que vá de encontro às suas necessidades de cuidados de saúde, do diagnóstico ao tratamento em tempo útil mas com segurança e qualidade;

Enquanto as quatro primeiras “sub expectativas” decorrem de uma resposta do sistema que deve ser assegurada pela rede pública, devendo existir capacidade instalada que permita essa oferta, a quinta expectativa prendendo-se com a actividade diária do SNS movimentar-se numa área que já não do domínio exclusivamente público, seja pela questão de eficiência seja pelos recursos financeiros do país não serem infinitos e por isso não poder ter uma abrangência total.

No que respeita aos condicionalismos actuais o sector da saúde em 2011 sofreu um profundo revés com as medidas que ficaram consubstanciadas no *Memorandum* de Entendimento assinado entre o Governo Português e a Troika (Portugal; Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality, 2011).

De facto, e para além de outras medidas que pretendem ser racionalizadoras em áreas como a prescrição de medicamentos também a implementação efectiva, quadro legal já existente, de uma Central de Compras Centralizada e a redução dos recursos humanos a nível hospitalar, o referido *Memorandum* estabeleceu no seu ponto 3.82 que os custos de transporte de doentes deveriam ser reduzidos em um terço.

Baseada nessa directiva a ACSS emanou uma circular normativa, nº 17/2011/UOGF datada de 21/07/2011 a qual estabeleceu que com o objectivo de aumentar a eficiência e eficácia do Serviço Nacional de Saúde, fazendo uma utilização mais racional dos serviços e maior controlo de despesas, ficou estabelecido que as ARS, os Hospitais e Unidades Locais de Saúde do Sector Empresarial do Estado (SEE) e os Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), deverão reduzir os custos de transporte não urgente de doentes em 1/3, face ao período homólogo de 2010.

No seu ponto 2 é estipulado que para cumprir o atrás mencionado toda a informação contabilística será reportada mensalmente pelas entidades abrangidas através do sistema de informação constante da Circular Normativa 09/2011/UOGF de 9 de Março.

Cabe às mencionadas entidades definir as políticas e implementar os procedimentos internos de controlo para cumprimento do objectivo estabelecido.

Apesar da política de contenção que nos foi imposta é de referir que de 2005 a 2007 houve um controle de despesa do SNS e um ganho de eficiência dos serviços. Mas como Campos (2008) refere esta tendência levanta a questão da equidade sendo importante perceber à custa de quê essa tendência evoluiu.

A equidade, em geral, pode considerar-se um princípio básico de qualquer sistema de saúde (Culyer, 1976 citado por Giraldes, 2005).

De facto, como podemos ter a certeza que essa tendência não abalou os princípios fundamentais do SNS quer na perspectiva de equidade horizontal quer equidade vertical.

No que respeita ao princípio da universalidade estará o SNS, com esta nova forma de actuar a restringir a população que tem direito ao acesso? Estará a obrigar a população a recorrer cada vez mais aos subsistemas ou aos seguros privados? (Campos, 2008)

Refira-se que existem autores que não consideram o SNS como sendo universal baseando a sua opinião no facto de existirem esquemas obrigatórios de cobertura de riscos de doença de base ocupacional. Estamos a falar, por exemplo dos funcionários públicos e empregados bancários (Pinto, Santos, 1994).

Outro princípio umbilicalmente ligado é o da generalidade, embora neste caso o cumprimento deste princípio nunca tenha sido integral até por impossibilidade física de ambas as partes (pacientes e prestadores). A questão é saber se este princípio tem vindo a diminuir em detrimento dos mais desfavorecidos.

No que respeita à questão de tendencialmente gratuito, todos temos a percepção seja com o aumento das taxas moderadoras seja por cada vez mais actos estarem abrangidos pelas mesmas que estamos a passar de um sistema tendencialmente gratuito para um sistema de co-pagamento.

Outra questão é de ao saber-se que os principais alvos de contenção foram os medicamentos, as horas extraordinárias e os serviços convencionados coloca-se a questão de saber se os cidadãos estarão a pagar mais por esses bens ou serviços (Campos, 2008).

Por último, levanta-se a questão da acessibilidade, ou seja, com a reestruturação das estruturas com o fecho de algumas e a concentração de outras (centros hospitalares) será de questionar se a acessibilidade aos cuidados, com a qualidade e em tempo útil, não fica prejudicada.

Todas estas questões dariam só por si para um trabalho autónoma mas como não é essa a pretensão do presente trabalho apenas vamos deixar uma nota que consiste em que é possível fazer mais e melhor com menos, não significando este menos uma perda da qualidade nas suas várias vertentes e relativamente aos aspectos acima mencionados apenas dizer que a realidade demonstra que o sentido deste sistema é ascendente e positivo ao contrário do que se poderia pensar.

## **2.3. O Transporte de Doentes Não urgentes em Portugal**

### **2.3.1. Introdução**

*Embora o transporte de doentes não seja considerada uma prestação directa de cuidados de saúde é dado assente que influencia de forma significativa a qualidade prestação de cuidados de saúde global, sendo um dos seus componentes mais importantes.*

No entanto, apesar de ser uma actividade instrumental, o transporte de doentes quando não exercido de forma adequada tem repercussões na igualdade de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e à equidade que deve estar presente na distribuição de recursos, tema tão caro quando hoje se discute a sustentabilidade, até mesmo a própria existência, do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Numa óptica do que Urbano e Bentes (1990) consideram produto hospitalar, enquanto “conjunto específico de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e como parte do processo de tratamento definido pelo médico”, o transporte de doentes é um dos seus componentes, enquanto conjunto de serviços solicitado pelo médico e fornecido ao doente.

Desse produto hospitalar fazem parte custos directos quer os indirectos sendo que, embora as deslocações possam ser consideradas um custo directo da doença, por exemplo o tempo despendido com essas deslocação e por isso, de inactividade, podem ser considerados custos indirectos (Beresniak, 1999).

Ao sector da saúde em geral e as organizações que o compõem, em particular, são reconhecidos certas características específicas e particulares que conferem ao seu processo produtivo e à sua gestão uma especial complexidade (Jacobs, 1974; Butler, 1995 citado Costa, C., 2005).

A prestação dos cuidados de saúde, em geral, está cada vez mais centrada no doente, enquanto individuo, e na prestação de cuidados de saúde de uma forma integrada e que simultaneamente permitam um processo transparente, nomeadamente a nível da informação prestada ao próprio doente quando lhe vão ser prestados cuidados de saúde (consentimento informado).

Mas o mercado da saúde, em geral, e dos transportes não urgentes, em particular, caracteriza-se por uma assimetria de informação, com a limitação da autonomia do doente, a existência de uma integração vertical incompleta, a procura derivada, a relação de agência e a menoridade da importância do factor preço, aspectos estes que dificultam a racionalização da tomada de decisões (Evans, 1984 citado por Costa, C., 2005).

A assimetria de informação (informação imperfeita), caracteriza-se por nem todos os agentes económicos que nele se movimentam possuem a mesma informação (quer qualitativa quer quantitativa) a começar logo pelo próprio doente que procura aconselhamento médico para atingir o bem-estar novamente (Barros, 2001).

Significa também que uma das partes se encontra numa situação de vantagem em relação a outra pois possui informação relevante que a outra não tem (Barros, 2001). O médico quando examina o doente para além do conhecimento técnico que possui, após examina-lo fica com mais informação sobre as suas reais necessidades, para além do facto do conhecimento que o doente tem da real capacidade técnica do médica também ser algo limitada.

Também o princípio da incerteza sob o prisma do transporte de doentes existe porque para além das outras incertezas conhecidas, como a do momento, o custo desse tratamento, também a incerteza quanto ao tratamento adequado, mormente, a viabilidade de ser transportado ser ver o seu estado clínico alterado/ agravado, cabendo essa avaliação do risco ao médico que autoriza o transporte (Barros, 2001).

Acresce na vertente em estudo, a falta de informação do doente no que respeita também a aspectos relacionados com o cumprimento de padrões quanto à adequação técnica e sanitária do equipamento presente nos veículos e quanto à formação e procedimentos dos técnicos que operam esse transporte (ERS, 2007). De facto, a existir uma reduzida e não uniformizada fiscalização de todos os requisitos necessários (e contratados) ao transporte de doentes, poderão existir operadores que consigam praticar preços mais baixos no mercado mas sem alguns ou todos os requisitos técnicos legal e contratualmente exigidos.

Ora, isto é especialmente gravoso, não apenas na óptica do doente, num sector que já de si tem como característica a falta de informação sobre preços e qualidade dos vários intervenientes a operarem nesta área de actividade, - efeito do terceiro pagador, como



também no caso concreto do CHP, uma vez que nem o médico que prescreve o transporte nem o doente são quem efectivamente suporta o custo do transporte escolhido. Tal é imputado ao hospital.

Assim, essa informação torna-se vital, não só a nível dos compromissos estabelecidos entre os transportadores e as entidades adjudicantes (hospitais, centros de saúde, IPOs) como no acesso à informação pelo próprio doente, de forma a que este tenha ao seu dispor, apesar da fragilidade e debilidade em que normalmente se encontra, o transporte terrestre mais adequado ao seu estado de saúde, atendendo sempre aos critérios de racionalidade económica que cada vez mais têm um papel fundamental no sector da saúde (ERS, 2007).

Com vermos mais adiante, o sector de transportes de doentes representa uma fatia importante no Orçamento da Saúde sendo suportado em aproximadamente setenta e cinco por cento pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), (ERS, 2007).

### **2.3.2. Tipos de transporte de doentes**

Em Portugal, como na maioria dos países, existem ou podem ser considerados quatro tipos de transporte de acordo com a sua natureza (ERS, 2007).

O transporte primário sendo este considerado aquele que é realizado entre o local onde se gera a sua necessidade e a instituição de saúde correspondente. Dentro deste tipo os transportes podem ser urgentes ou não urgentes. Basta pensar na situação derivada de um acidente de viação por contraposição ao idoso que é recolhido na sua casa para ir a uma consulta de ambulatório, (ERS,2007).

O transporte secundário é o que decorre do transporte de doentes entre instituições de saúde. Dentro desta natureza de transportes também existem os urgentes e os não urgentes (ERS, 2007).

Desta forma estamos a falar de duas realidades distintas, debruçando-se o presente trabalho sobre o transporte de doentes não urgentes apenas.

A substancial diferença para além da própria natureza de urgente ou não urgente diz respeito a quem presta este tipo de serviço. Enquanto nos não urgentes existe lugar para operarem os privados o mesmo não tem acontecido com o transporte urgentes onde, até à presente data, os privados não se encontram presentes (ERS, 2007).

Como já foi mencionado no capítulo relativo aos diplomas que regulam este sector para operarem neste sector a Lei exige a existência de um alvará. O que na realidade se passa é que, desde logo, os bombeiros e a Cruz Vermelha Portuguesa estão isentas dessa licença. Se a esta situação juntarmos a questão de os táxis, meio relevante neste subsector, que também não possuem tal licença, tal requisito apenas é exigido às empresas privadas e entidades sem fins lucrativos.

Nestas circunstâncias, face ao exposto, pode-se concluir que os intervenientes a operar no sector de transporte de doentes não urgentes exercem tal actividade maioritariamente, sem alguns requisitos que se mostram indispensáveis para a garantia de qualidade.

No que respeita às entidades privadas e sem fins lucrativos, uma vez que os alvarás são concedidos pelo INEM, é possível conhecer e controlar qual o número de prestadores que desses serviços.

Porém, no que se refere aos restantes operadores neste mercado tal informação torna-se impossível até porque as entidades adjudicantes de tais serviços podem ser as mais

variadas, tais como, centros de saúde, hospitais (públicos e privados), lares de idosos entre outros. Claro está que os principais utilizadores deste tipo de transporte são as instituições de saúde, nomeadamente os centros de saúde e os hospitais.

### **2.3.3. Âmbito do transporte não urgente**

#### **2.3.3.1. Quem tem direito ao transporte**

Estão abrangidos pelo transporte os doentes e utentes do SNS cuja origem ou destino sejam os estabelecimentos e serviços que integram o SNS ou entidades com contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde. A distinção entre doente e utente assenta no critério da necessidade clínica do transporte (Despacho nº 7861/2011) (*Anexo V*).

Assim, aos doentes abrangidos pelo SNS é garantido o direito ao transporte sempre que a situação clínica o justifique.

Já os doentes do SNS em situação de insuficiência económica, têm direito ao transporte para acesso aos cuidados de saúde. Estará nesta situação quem viva num agregado familiar com rendimento médio mensal inferior a 419,22 euros (valor do indexante de apoios sociais (IAS) em 2011). Para saber o valor em causa é necessário dividir o rendimento anual médio do agregado familiar por 14 meses (Despacho nº 7861/2011).

A verificação da condição de recursos é efectuada com base no rendimento bruto e no agregado familiar que constam da declaração de rendimentos ou na dispensa de apresentação da declaração de rendimentos (Despacho nº 7861/2011).

#### **I. Transporte em ambulância**

O direito ao transporte não urgente em ambulância é garantido aos doentes nas situações clinicamente fundamentadas e devidamente registadas no processo clínico do doente (Despacho nº 7861/2011).

Os doentes que podem usufruir deste direito constam de uma lista, reapreciada de dois em dois anos, e são os seguintes (Despacho nº 7861/2011):

- Doentes com doença comprovadamente incapacitante e, cumulativamente tenham uma das seguintes patologias/diagnóstico - sequelas motoras de doenças vasculares, transplantados com indicação expressa do serviço hospitalar responsável pela transplantação, insuficiência cardíaca e respiratória grave, perturbações visuais graves, doença do foro ortopédico, doença neuromuscular de origem genética ou adquirida, patologia do foro psiquiátrico, doenças do foro oncológico, queimaduras e insuficientes renais crónicos;
- Grandes acamados;
- Doentes com imunodepressão em fase de risco para o próprio;
- Mulheres com gravidez de risco;
- Doentes portadores de doença infecto-contagiosa, que implique risco para a saúde pública.

As situações em que pode realizar-se o transporte são as seguintes:

- Transporte para consultas, tratamentos e ou exames complementares de diagnóstico, mediante prescrição médica e requisição emitida pelos estabelecimentos e serviços do SNS e entidades com contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde;
- Transporte de doentes para a sua residência, após alta hospitalar, desde que clinicamente justificado e mediante requisição emitida pelo estabelecimento integrado na rede do SNS;
- Transporte de doentes que precisem de transferência para outro estabelecimento de saúde, assistidos em qualquer unidade do SNS, por razões clínicas e decisão médica;
- Quando o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) não reconheça a necessidade de transporte urgente e o doente ou familiar o fizer, por iniciativa própria, vindo, posteriormente, a ser reconhecida essa necessidade por justificação clínica emitida pelo serviço de urgência da unidade de saúde para onde o doente foi transportado.

Nos serviços de urgência com sistema de triagem de Manchester são considerados com direito ao transporte as situações emergentes (cor vermelha), muito urgentes (cor de laranja) e urgente (cor amarela) a confirmar pelo médico assistente. Nos serviços sem este sistema de triagem, a justificação para o transporte terá de ser emitida pelo médico assistente aquando do acto de consulta.

Em regra, o transporte não urgente de doentes deve fazer-se em ambulância de transporte múltiplo (ambulância tipo A2), tendo em consideração certos princípios de agrupamento de doentes: doentes inseridos no mesmo percurso, destinados ao mesmo estabelecimento ou doentes para o mesmo período horário de consulta ou tratamento. O recurso a ambulância de transporte individual (ambulância tipo A1) deve ser justificado pelo médico e devidamente autorizado pelo responsável da entidade requisitante ou pela pessoa em quem este último delegar tal competência (Despacho nº 7861/2011).

Quando a situação clínica do utente não obrigue ao transporte em ambulância, deve ser efectuado através de transporte adequado à situação clínica, tendo também em conta a adequação de rede de transportes públicos existente.

Certos doentes e utentes têm direito a acompanhante (com justificação médica), nomeadamente, se tiver idade inferior a 18 anos, debilidade mental, problemas cognitivos, surdez, défice de visão significativo, incapacidade funcional marcada ou uma necessidade de acompanhamento permanente de terceira pessoa.

O transporte é prescrito pelo médico e requisitado pelos serviços administrativos da respectiva entidade. Uma requisição é válida por 30 dias a contar da data da sua primeira utilização, salvo casos de tratamentos prolongados (até 90 dias) ou tratamentos de diálise (pode ser vitalícia). Preço do transporte em ambulância segue a tabela de preços do Ministério da Saúde (Despacho nº 7861/2011).

O diploma legal que estatuiu as regras supra expostas, será objecto de uma análise mais detalhada no capítulo “Análise do regime jurídico de transporte de doentes em Portugal” do presente trabalho.

## II. Outros meios de transporte

O referido diploma estabelece ainda as outras situações em que não sendo necessário recorrer ao transporte por ambulância, o utente, mesmo assim, necessita de transporte.

A disposição (Artº 6º,nº 4) estabelece que o recurso a esse meio de transporte deve ser feito com recurso ao meio mais adequado face à situação clínica do utente e de acordo com os critérios de racionalidade económica, a definir casuisticamente.

### **2.3.3.2- Forma de contratação**

Como atrás foi referido os principais “compradores” deste tipo de transporte são os hospitais e os centros de saúde, logo a contratação dá-se dentro da esfera do SNS.

As relações contratuais celebradas, obedecem ao princípio estabelecido na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto) que invoca um regime misto, complementar e por essa via concorrencial onde o sector privado e de economia social estão presentes na prestação de cuidados de saúde, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas e os profissionais livres que acordem com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de todas ou de algumas actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde.

No entanto, o interesse público a prosseguir, “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, com a necessária prontidão e continuidade” (Decreto-Lei 97/98 de 18 de Abril) fez com que a ideia inicial de a forma da contratação por excelência, não fosse o concurso público, o que em termos de transparência seria vantajoso mas não em termos de flexibilidade, mas sim o instrumento das convenções.

Por convenção entende-se o “contrato de adesão celebrado entre o Ministério da Saúde, através da Direcção-Geral da Saúde, ou as administrações regionais de saúde e as pessoas privadas, singulares ou colectivas, que tenham por objecto a prestação de cuidados de saúde, em articulação com o Serviço Nacional de Saúde, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei 97/98 de 18 de Abril).”

Na prática, quem decide da necessidade de recorrer ou não à contratação deste tipo de serviços são os hospitais e os centros de saúde exceptuando o caso dos doentes hemodialisados, situação esta que cai na esfera da competente ARS.

No que respeita à quantificação e aos critérios que presidem a este tipo de serviço tal será objecto de exposição detalhada na análise do caso CHP.

Cabe referir sim, a força que os lobbies organizados têm no sector do transporte de doentes conduzindo a distorções que fazem perder a racionalidade económica deste sector (Campos, 2008).

Apesar de estarem previstos mecanismos de controlo de facturação do transporte contratado no âmbito do SNS, verificam-se irregularidades ao nível de omissões e/ou erros em termos de documentação que justifica o transporte, facturação indevida, transporte de doentes em ambulância sem necessidade clínica confirmada, facturação de serviços nunca realizados bem como a duplicação de facturação dos mesmos serviços (ERS,2007).

Acresce a este cenário a não existência de um sistema de informação integrado, caso do CHP, que permita integrar toda a informação e evitar práticas abusivas.

Em termos de representatividade de contratação e de acordo com os últimos dados disponíveis (ERS, 2007), podemos referir que 35% das empresas a operar no ramo não têm qualquer tipo de contrato ou acordo, 27% têm contratos com hospitais do SNS, 20% têm contratos com clínicas, seguradoras e outros prestadores privados de saúde e apenas 18%

têm acordos ou contratos com as ARS, uma vez que as sub-regiões de saúde foram extintas (Decreto-Lei nº 222/2007 de 29 de Maio).

De referir que as seguradoras, muitas vezes, regem a sua tomada de decisão quanto ao tipo de transporte, não em razões de ordem clínica, mas em razões de ordem económica, sendo exemplo disso a preferência dada ao transporte em táxi em detrimento do transporte em ambulância, só recorrendo a este tipo de transporte quando o médico considere estritamente necessário.

#### **2.3.4. Os níveis de Qualidade nos tipos de Transporte**

A Qualidade na prestação de cuidados de saúde torna-se de uma importância primordial sob várias vertentes.

Antes de mais é necessário ter a perspectiva de que a Qualidade não é um processo estático mas, outrossim, um processo dinâmico que é essencial e intrínseco à qualidade dos serviços de saúde (Delgado, 2009).

Aplicando as perspectivas que Manuel Delgado atribui à qualidade, pode-se dizer que o sector dos transportes abrange quer a perspectiva da estrutura, enquanto conjunto de condições, objectivas, para que os cuidados possam ser prestados com qualidade, podendo ser dado como exemplo as condições materiais em que se encontram as ambulâncias e os meios de que estão dotadas, quer a perspectiva do processo, ou seja, o modo como os cuidados são efectivamente prestados, ou seja, em termos práticos, as habilitações do pessoal médico que lhe está adstrito.

Como já foi referido no subcapítulo “formas de contratação” existem vários lobbies nesta área o que à partida pode nos levar a pensar que os agentes que se encontram a operar no mercado são escolhidos não pela sua competência, ou pela sua qualidade no serviço prestado mas por outras razões de ordem não racional (Campos, 2008).

No entanto, a realidade encontra-se no meio destas duas questões porque se por um lado é necessário, como requisito legal, um alvará para operar nesta área por outro e como já foi referido grande parte dos operadores a agirem neste mercado não o têm ou porque estão isentos (bombeiros e CVP) ou porque não estão consagrados legalmente como meio de transporte de doentes (táxi).

Assim a função de fiscalização, com força legal (Portaria nº 458-A/2004), que está atribuída ao INEM acaba por ficar esvaziada conduzindo a distorções de âmbito concorrencial quando comparado com os agentes privados bem como a não garantia da qualidade dos serviços prestados.

No entanto, mesmo os restantes operadores (privados) não têm, na prática, sentido essa função fiscalizadora do INEM (ERS, 2007).

Se a isto acrescentarmos a questão de os táxis não estarem abrangidos por essa fiscalização, ou seja, as condições em que os doentes são transportados de táxi foge a qualquer controlo quanto à adequação dos meios postos aos dispor para a realização dessa tarefa.

O argumento utilizado para a continuidade da realização desta prática com este tipo de transportes prende-se com a distinção entre utente e doente (ERS, 2006).

A diferença de estes dois conceitos não advém da pessoa que procura um médico ou uma unidade hospitalar por necessidades de cuidados de saúde, pois essa continua a ser a

mesma e a necessitar desses mesmos cuidados independentemente de onde os mesmos lhe são ministrados, mas sim da diferença de perspectiva de quem lhes presta.

Uma pessoa que tem um problema físico, psíquico ou social, e que vai ao médico ou uma unidade hospitalar, é considerado um doente. É alguém que padece de alguma enfermidade que o faz ir ter com outro alguém com competências técnicas que o possa auxiliar na eventual resolução do seu problema de saúde.

Com o desenvolvimento, nos últimos anos, em Portugal, de uma nova forma de ver o utilizador dos serviços públicos, nomeadamente na área administrativa, foi introduzido o conceito de utente, enquanto aquele que é utilizador de determinado serviço, seja ele ligado à saúde ou não.

No caso concreto do transporte de doentes o argumento avançado por quem contrata com este tipo de meios, táxi, é que o próprio utilizador, não é um doente mas sim um utente, ou seja, utentes enquanto pessoas que se têm de deslocar a entidades na área da saúde, maioritariamente entidades do SNS, mas em que a sua condição de saúde permite que se desloquem em qualquer tipo de veículo, seja táxi ou transporte público (ERS,2007).

Aferir da condição da pessoa em termos de o considerar um utente ou um doente, com as consequências anteriormente explicitadas apenas depende do médico que prescreve o tratamento ou a intervenção que justifica a credencial, indicação esta constante da credencial emitida.

Uma interrogação pode aqui ser deixada e consiste no facto de a condição ou o estado de saúde de alguém ser uma realidade dinâmica que pode a qualquer momento sofrer alterações, sendo aqui relevante as negativas.

Sendo assim, uma vez feita essa avaliação em momento anterior ao início da utilização do meio de transporte e podendo este estado sofrer deteriorações poder-se-á estar a correr riscos ao escolher um tipo de transporte que no caso de alguma situação anómala acontecer não estará dotado de qualquer meio ou dispositivo que permita debelar a situação (ERS,2007).

O único motivo para tal escolha poder-se-á prender com uma eventual redução dos custos inerentes.

Custos esses, no entanto, que poderão aumentar caso, por qualquer eventualidade, um determinado doente seja transportado de táxi e necessite de cuidados durante esse transporte e por virtude de esse meio de transporte não estar habilitado com os meios técnicos necessários, a situação clínica do doente se deteriorar e conduzir a que ele necessite de cuidados/tratamentos que poderiam ser minimizados ou evitados, se na hora certa, tivessem sido ministrados.

Acresce a esse facto, outro não menos importante que consiste no cuidado que deve existir no transporte de doentes que necessitem de cuidados de saúde, sejam eles primários sejam secundários, ou seja, esses doentes devem num tempo e com um conforto razoável aceder aos necessários cuidados de saúde, sem detrimento da sua condição clínica (Eligibility Criteria for Patient Transport Services (PTS), Department of Health, 2007).

Isto significa, que em caso algum, o meio ou tipo de transporte deve ser uma variável que possa influenciar, neste caso negativamente, o estado de saúde de um doente que recorra a esses meios para receber os necessários cuidados de saúde.

## 2.4. Análise do regime jurídico de transporte de doentes em Portugal

### 2.4.1. Evolução legislativa em Portugal

Por uma questão de sistematização da exposição relativa a este tema, optou-se por dividir este capítulo em dois subcapítulos de acordo com a fonte de direito de onde emanam as regras a serem aplicáveis.

#### 2.4.1.1. *Leis e Decretos-Lei*

O quadro legal existente no que respeita ao transporte terrestre de doentes encontra-se largamente dispersa pelo que a definição do quadro normativo vigente tem de ser encontrado em vários diplomas muitas vezes de entidades distintas.

Fazendo uma pequena resenha legislativa histórica a Lei de Bases da Saude (aprovada pela Lei 48/90 de 24 de Agosto) estabelece no nº 1 da Base I dos Princípios Gerais se estabelece que “*A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, **em liberdade de procura e de prestação de cuidados**, nos termos da Constituição e da lei*” e no nº 2 que “*O Estado **promove e garante o acesso de todos** os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.*”

Atente-se nas duas expressões a negrito e debrucemo-nos um pouco sobre o seu significado. No caso da primeira o legislador até vai um pouco mais longe e estabelece alguma liberdade na procura e prestação de cuidados que sabemos não ser o que se passa actualmente com a existência de redes de diferenciação que não permitem essa liberdade na sua plenitude. Quanto à segunda é estabelecido como uma das principais funções do Estado o de promover e garantir o acesso **de todos**, sem excepção, aos cuidados de saúde.

Mas no mesmo diploma no Capítulo III (Serviço Nacional de Saude), mais concretamente na sua Base XXIV, alínea c) este diploma foca de uma forma mais incisiva necessidade de “Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”, ou seja, a eficácia do serviço de transportes de doentes, para além de outras áreas, está implícita neste princípio genérico estabelecido.

Durante bastante tempo um diploma que constitui um importante instrumento de regulação do sector foi o Regulamento de Transporte de Doentes aprovado pela Portaria 439/93 de 27 de Abril que estabeleceu o procedimento para a concessão de alvarás, definiu os tipos, características e equipamentos das ambulâncias e os requisitos a que os seus tripulantes deviam obedecer. Esta portaria deu sequência ao Decreto-Lei 38/92 de 28 de Março que já do seu preambulo constava um alerta do legislador para a falta de legislação adequada ao transporte de doentes com consequências para a rentabilidade dos serviços prestados e para a sua eficiência. Acresce que essa moldura legal torna-se tanto mais necessária quanto a necessidade de definir planos de saúde e de estabelecer critérios de segurança rodoviária de forma a harmonizar esta prestação de cuidados de saúde com as restantes (DL nº 38/92 de 28 de Março).

Desde logo, neste diploma é estabelecido que a actividade de transporte de doentes depende de autorização do Ministério da Saúde só podendo ser exercida por pessoas colectivas. Assim, para exercer esta actividade é necessário um alvará, intransmissível, que para ser emitido terá que o operador preencher um conjunto de requisitos legalmente definidos. Para além da área anteriormente referida também a área de coordenação e fiscalização e definição de preços foi atribuída ao Ministério da Saúde.

Mas com o progresso da Medicina e incremento tecnológico dos veículos de transporte de doentes houve necessidade de elaborar um novo quadro legal, uma vez que o existente apenas previa as regras básicas.

Essa necessidade sentia-se em campos como o da redefinição e diversificação dos tipos de ambulância tendo como objectivo que sejam “homologados” veículos que garantam cuidados de saúde mais avançados, prevejam o transporte de doentes não acamados e que permitam, por uma questão de racionalidade económica, o transporte de doentes em grupo. Em relação a esta temática, chegou-se à conclusão de que desde que realizado o devido planeamento os doentes não acamados, ou seja, os que se possibilidade de locomoção bem como os que se encontram em cadeiras de rodas poderão viajar conjuntamente sem que percam qualidade ou comodidade e simultaneamente reduzir-se os custos associados (Portaria nº 1147/2001).

Em 1997, surge uma Lei da Assembleia da Republica que visava regular as relações com os corpos de bombeiros e com a Cruz Vermelha no que dizia respeito a esta temática. Esta norma visava apenas e tão só legislar sobre a concessão de isenção de alvará aos corpos de bombeiros e à Cruz Vermelha.

É neste enquadramento que surge a Portaria nº 1147/2001 de 28 de Setembro, que como já foi referido, introduz novos conceitos e modelos do que deve ser o transporte de doentes, desde as licenças necessárias (alvarás), passando pelas regras de identificação e sinalização que estes veículos devem obedecer, equipamentos obrigatórios de acordo com o tipo de ambulância, respectivo *lay-out* e formação dos tripulantes, entre outras matérias.

Neste diploma foram estabelecidos três tipos de ambulância a saber: i) Tipo A- ambulância de transporte “todo o veículo identificado como tal, equipado para o transporte de doentes que dele necessitem por causas medicamente justificadas e cuja situação clínica não faça prever a necessidade de assistência durante o transporte” ) Portaria nº 1147/2001 de 28 de Setembro). Estes veículos podem assumir uma das seguintes três formas: Tipo A1, ambulância de transporte individual, destinada a transportar um ou mais doentes em maca e cadeira de transporte, Tipo A2, ambulância de transporte múltiplo, destinada ao transporte de até sete doentes em cadeiras de transporte ou em cadeiras de rodas; Tipo B- denominada ambulância de socorro, cujo equipamento e tripulação permitem a aplicação de medidas de suporte básico de vida com vista à estabilização de transporte de doentes que de assistência necessitem e por último as ambulâncias de Tipo C, chamadas ambulâncias de cuidados intensivos, que estão habilitadas à aplicação de suporte avançado de vida que durante o transporte dele necessitem.

No entanto, e apesar da evolução legislativa que este diploma trouxe a este sector de actividade, a sua aplicabilidade, em termos práticos, foi menor do que inicialmente pensado.

Neste sentido, surge a Portaria nº 1301-A/2002 de 28 de Setembro que visava atribuir maior exequibilidade a algumas das disposições constantes do diploma anterior, nomeadamente na temática da adaptação das ambulâncias que à data da entrada em vigor do diploma já tinham licença valida mas que por esse motivo tinham que se adaptar aos novos requisitos que este lhes impunha. Nesse sentido, houve necessidade de se alargar esse prazo de adaptação nomeadamente no que às ambulâncias do INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica.



Mas outros assuntos também mereceram atenção por parte deste diploma como o licenciamento e as vistorias no que respeita ao processo formal de atribuição e à duração dos alvarás (5 anos).

Foi também, neste diploma, clarificado, que as entidades competentes para proceder à fiscalização técnica da actividade de transportes de doentes são o INEM (existindo como se verá mais adiante um conflito de interesses) e as administrações regionais de saúde.

Outras alterações de menor monta existiram como a diminuição do número de horas obrigatórias do curso teórico-prático para tripulante de ambulância que passou de quarenta e seis horas para trinta e cinco.

Em 2007, surge uma nova portaria, a Portaria nº 402/2007 de 10 de Abril que fazendo referência à isenção de alvará por parte das ambulâncias da Cruz Vermelha e dos Bombeiros alerta que as mesmas estão sujeitas a licenciamento por parte da Direcção Geral de Viação e que tal licenciamento depende de uma vistoria anterior a realizar pelo INEM.

É também definido um novo número de tripulantes para as ambulâncias de socorro (tipo B) que até à data era constituída por três elementos e que com este diploma diminui para dois.

Entretanto, os diplomas que aqui se mencionam como resultantes da produção legislativa para este sector são os mais relevantes tendo existido portarias “intermédias” que tinham como objecto a definição/actualização do preço do quilómetro pago ou da taxa de saída. São exemplo destes diplomas o Despacho nº 19965/2008, o nº 29394/2008, nº 22631/2009, o nº 6303/2010 e o nº 19264/2010, este último, revogado pela Resolução da Assembleia da República nº 88/2011 de 18 de Fevereiro. Este despacho instituía como obrigatório para o direito ao transporte a verificação de duas condições: i) situações justificadas clinicamente e ii) apenas em caso de insuficiência económica.

De realçar a grande importância do Despacho 7861/2011 que vem estabelecer um novo Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no âmbito do SNS.

O seu âmbito de aplicação resume-se a doentes e utentes do SNS e ao transporte de doentes cuja a origem e destino sejam entidades do SNS ou outras entidades titulares de contrato ou convenções para a prestação de tais serviços.

Para que os doentes ou utentes estejam abrangidos por este diploma mais uma vez se estabelece que a situação clínica tem que estar justificada e definido um critério no que respeita à situação de “insuficiência económica”.

No que respeita a transporte em ambulância foi elencado um conjunto de situações que são passíveis de justificar tal meio de transporte, desde que, cumulativamente, impliquem uma incapacidade comprovada.

Essas situações estão divididas em cinco grandes grupos com situações previstas em cada um deles.

O primeiro desses grupos são os doentes com doença comprovadamente incapacitante e a que correspondam as patologias a seguir elencadas: i) sequelas motoras de doenças vasculares, ii) transplantados quando houver indicação expressa do serviço hospitalar responsável, iii) insuficiência cardíaca e respiratória grave, iv) perturbações visuais graves, v) doença do foro ortopédico, vi) doença neuromuscular de origem genética ou adquirida, vii) patologia do foro psiquiátrico, viii) doenças de foro oncológico, ix) queimaduras e x) insuficientes renais crónicos.

O segundo desses grupos abrange as situações de grandes acamados, o terceiro abrange doentes com imunodepressão em fase de risco para o próprio, o quarto, mulheres com

gravidezes de risco e quinto, doentes portadores de doença infecto-contagiosa que implique risco para a saúde pública.

No que concerne ao âmbito de aplicação desta norma ele abrange o transporte para consultas, tratamentos e ou exames complementares de diagnóstico (mediante prescrição médica e requisição), transporte de doentes para a sua residência após alta hospitalar (desde que clinicamente justificado e mediante requisição) e o transporte inter-hospitalares, que por razões clínicas e decisão médica, careçam de tal meio de transporte (Despacho nº 7861/2011).

Quanto à modalidade que os transportes de doentes revestem este devem ser realizados, sempre que possível, em ambulância de transporte múltiplo (ambulância tipo A2) de acordo com os seguintes critérios: i) doentes inseridos no mesmo percurso, ii) doentes destinados ao mesmo estabelecimento e iii) doentes para o mesmo período horário de consulta ou tratamento veremos adiante que na prática o que se passa, na realidade hospitalar, é uma coordenação casuística sem qualquer tipo de planeamento prévio).

O transporte em ambulância de transporte individual (Tipo A1) tem que ser devidamente justificado pelo médico e autorizado pela entidade requisitante. Da mesma forma, o direito a fazer-se acompanhar tem que ser justificada pelo médico, existindo algumas situações pré definidas que atribuem esse direito.

Este Regulamento estatui que sendo da exclusiva responsabilidade do médico a prescrição este deve adoptar determinados procedimentos como registar no programa de apoio à actividade médica (SAM): i) a justificação clínica, ii) a modalidade de transporte a utilizar, iii) justificação fundamentada dos motivos da escolha de tipo de ambulância (tipo A1, B ou C), as condições em que o transporte deve ocorrer e a justificação da necessidade de acompanhante.

Após a prescrição os serviços administrativos devem emitir a requisição, por via informática, de transporte com um conjunto de elementos identificativos que constam do nº 1 do artº 9º do respectivo Regulamento.

A emissão manual da requisição está vedada, só sendo permitida em casos de inoperacionalidade do sistema informático ou de consultas ao domicílio.

A requisição é válida por 30 dias excepto quando se trate de tratamentos prolongados em que a requisição é válida para todo o período de tratamentos, até ao máximo de 90 dias. Em casos de tratamentos de diálise a mesma pode ser vitalícia.

Este Regulamento dispõe também sobre o transporte de insuficientes renais crónicos, estabelecendo, entre outras coisas, que a organização do transporte deve ser efectuada para o centro de diálise mais próximo da residência ou do local de permanência, cabendo à respectiva ARS definir qual a modalidade de transporte ou tipo de ambulância mais adequado, apenas sendo possível recorrer a transporte individual quando existir indicação clínica expressa nesse sentido.

A organização do transporte deve ser feita em coordenação com o transportador e ter em conta o princípio do agrupamento de doentes/utentes transportados em função do respectivo percurso.

Também o transporte no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados se estabeleceu normas tais como ser da responsabilidade do hospital a requisição do transporte.

Ainda no âmbito do SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), foram estabelecidas normas nomeadamente da responsabilidade de suportar os encargos sendo

que é estabelecido que o transporte no âmbito do SIGIC são da responsabilidade do hospital de origem sendo, por exemplo, da responsabilidade da respectiva ARS os encargos resultantes das consultas de pré-transplante e do hospital onde se realizou o transplante os encargos derivados das consultas pós-transplante.

Por último, estatuiu-se que cada ARS deve designar um colaborador com o perfil de supervisor a quem serão alocadas as funções de monitorizar pelo cumprimento do Regulamento devendo as entidades do SNS adaptar, num prazo de 90 dias após a entrada em vigor do presente diploma, os respectivos sistemas de informação.

A legislação aplicável ao transporte de doentes encontra-se bastante dispersa uma vez que a actividade não é encontrada só regulada pelos diplomas emanados dos órgãos legislativos nacionais mas também de entidades reguladoras do sector como as ARS – Administração Regional de Saúde das quais saem as circulares informativas mas mais importantes as normativas.

#### **2.4.1.2. Circulares Normativas/Informativas**

A produção de circulares normativas não foi abundante ao longo dos anos sendo que em relação ao tema em questão e no que toca à ARS Norte apenas existem três.

O primeiro documento normativo a ser elaborado neste âmbito foi uma circular emanada pela extinta Direcção Geral dos Cuidados de Saúde que tinha como destinatárias todas as ARSs e que tinha por tema as “normas de utilização de transporte em ambulância”. O objectivo era criar um conjunto de normas que permitisse a adopção de uma conduta uniforme por parte de todas as ARSs bem como definir os termos e condições em que este meio de transporte (ambulância) deveria ser utilizado (Circular Normativa nº 23/PI de 30 de Dezembro de 1987). As principais inovações que este documento trouxe foram a introdução da obrigatoriedade de emissão de credenciais (com validade de 30 dias e por cada prestação de serviços) por parte dos respectivos Centros de Saúde emissão essa, que deveria estar clinicamente fundamentada derivada de uma situação clínica aguda, grandes limitações motoras cognitivas ou adquiridas e aos doentes crónicos. Para além desta fundamentação clínica genérica este documento elenca um conjunto de situações concretas que se encontram abrangidas.

Para além dessa listagem são enumeradas outro conjunto de situações como o transporte de doentes a serviços de urgência hospitalar e as situações que exigem a transferência desses doentes entre hospitais. (com o obrigatório verbete)

No que concerne a Circulares Normativas, propriamente ditas, a primeira, emitida pela ARS Norte, data de Abril de 2000 e tem o número 12 sob o título “Transporte de Utentes/ Doentes no Acesso aos Cuidados de Saúde” (Circular Normativa nº 12 de 4 de Dezembro de 2000 da ARSN).

No seu preâmbulo é mencionada a importância que o transporte de doentes tem na igualdade de acesso aos cuidados de saúde por parte de todos os cidadãos tendo este diploma como principal objectivo uniformizar critérios e procedimentos para toda a região norte do país.

Deste diploma ficam excluídos os beneficiários dos subsistemas de saúde e as vítimas de doença profissional e doença directa com responsabilidade de terceiros.

É reforçada a ideia de que os encargos decorrentes do transporte são da responsabilidade da entidade que lhes dá origem sendo comparticipados os encargos decorrentes do

transporte na classe mais económica dos transportes colectivos e os de utilização de viatura própria, esta comparticipada nos termos da tabela dos transportes públicos.

Mais uma vez é referida a necessidade de emissão de uma credencial devidamente legitimada pela prescrição médica do tratamento ou consulta para qualquer tipo de transporte incluindo a requisição excepcional de transporte em táxi.

Esta norma também elenca um conjunto de situações em que os transportes em distâncias inferiores a 20 kms também se encontram contemplados bem como as situações em que o doente vai acompanhado.

Por outro lado, esta norma já contém uma disposição no sentido da racionalização do uso deste instrumento embora de uma forma genérica.

Também a Circular Normativa nº 4/2007 de 13 de Junho intitulada “Transporte e outros procedimentos relativos a doentes insuficiências renais crónicas” contém um capítulo dedicado aos transportes, estabelecendo-se logo no número um do respectivo capítulo que o transporte de utentes com insuficiência renal crónica apenas pode ser realizado em ambulâncias de tipo A1 quando existir fundamentação clínica nesse sentido e sendo exigível em cada requisição de transporte realizada.

A extinta SRS tinha a seu cargo a organização dos transportes programando-os segundo um critério de economia de meios, materializando-se essa economia de meios, e sempre que possível, na total lotação da capacidade de lugares disponíveis no veículo, ambulância tipo A2 ou táxi, utilizar.

Para além do critério genérico este diploma concretiza alguns mais concretos, no referente às sessões de diálise, a ter em conta, após consulta/concurso, à data da aquisição desses serviços, a saber: i) boa relação transportador-utente, ii) qualidade do serviço e iii) os mais baixos custos por quilómetro e por hora de espera, tendo como pressuposto que o tempo de espera médio é inferior a quatro horas, e apenas em situações excepcionais “devidamente comprovadas por declaração médica justificativa” (Circular Normativa nº 4/2007 de 13 de Junho de 2007 emitida pela ARSN) poderá superar esse período.

Também o direito a transporte se encontra regulado no que concerne a consultas de pré-transplante, cabendo, também nesta área, a sua organização às já extintas SRS.

O direito a transporte após transplante renal termina decorridos três meses sobre a alta hospitalar.

A deslocação será feita em táxi ou transporte público, podendo o utente levar acompanhante, exceptuando-se quando a situação clínica exija ambulância. A aquisição desses serviços pressupõe que o transporte inclui um tempo de espera devidamente comprovado pelo hospital central.

O direito a transporte para outros fins como seja, consultas, exames complementares de diagnóstico e outros tratamentos enquadram-se no regime geral do disposto pela Circular Normativa 12/2000 da ARSN.

No que respeita à avaliação da qualidade dos serviços prestados essa será feita através de um inquérito de satisfação dos transportados com a colaboração dos centros privados de diálise.

Posteriormente, em 2010, surge outra Circular Normativa da ARSN datada de 5 de Março que vem alterar parte do disposto na Circular Normativa nº 12/2000 de 4 de Dezembro, de acordo com o processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários em curso, restabelecendo que aos utentes beneficiários do SNS tem direito a usufruir de transportes

para além do limite geográfico de 20 quilómetros, regendo-se os beneficiários dos subsistemas de saúde, das vítimas de doença profissional e de doença directa com responsabilidade de terceiros por legislação específica.

Também nas distâncias inferiores a 20 kms, contados a partir da residência dos utentes/doentes nas situações previstas neste diploma.

Também a situação do acompanhante se encontra regulada no presente diploma sendo permitida e justificada quando a gravidade da situação clínica do doente o justifica ou quando se tratar de criança com menos de 18 anos.

Por último, mais uma vez é reafirmado o princípio da economia de meios na programação do transporte de doentes (Circular Normativa da ARSN nº 1 de 5 de Março de 2010).

Já no presente ano foi emitida pela ACSS uma circular informativa, nº 2/2011 (Circular Informativa da ACSS nº 2 de 7 de Janeiro de 2011) que em termos gerais, mais não faz, do que reafirmar os princípios estatuídos no Despacho 7861/2011 que veio estabelecer um novo Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no âmbito do SNS. De facto, como princípios orientadores esta circular vem estabelecer que o transporte não urgente de doentes é garantido aos utentes quando, preencham os seguintes requisitos: i) casos em que clinicamente se justifique e ii) casos de insuficiência económica. A aferição e demonstração da insuficiência económica é feita nos termos do constante no Decreto-lei nº 70/2010 de 16 de Junho embora seja, simultaneamente ressalvado que razões de natureza técnica, impendem à data a verificação de condição de insuficiência económica.

Dado o período de grande contenção orçamental que a Economia em geral e o Sector da Saúde em particular (com “cortes de de 1/3 na área de transportes de doentes) foi emanada uma Circular Normativa pela ACSS, a nº 17/2001 de 21 de Julho de 2001 que estabelece que as ARS's, os Hospitais e Unidades Locais de Saúde do Sector Empresarial do Estado bem como os Hospitais do Sector Publico Administrativo que pertençam ao SNS deverão reduzir custos com o transporte não urgente de doentes em 1/3 face a igual período de 2010 (Circular Informativa da ACSS nº 17 de 21 de Julho de 2011) estabelecendo no seu ponto 2 que tal objectivo deverá ser levado a cabo com “base na informação contabilística reportada mensalmente pelas entidades pertencentes ao SNS nos termos do estipulado pela Circular Normativa 09/2011/UOGF de 9 de Março.

## **2.5. Experiências Internacionais no Transporte Não Urgente**

### **2.5.1. Caso Britânico**

No Reino Unido as autoridades responsáveis utilizaram como base para a definição dos princípios que devem ser utilizados nos transportes urgentes e não urgentes, no Serviço Nacional de Saúde (NHS), o “Ambulance and other Patient Transport Services: Operation, Use and Performance Standards”, publicado em 1991.

Esse documento não só permitiu estabelecer o atrás enunciado como também definir os critérios para o serviço de transporte não urgente de pacientes (PTS) (in Eligibility Criteria for Patient Transport Services (PTS), DH Ambulance Policy, 2007).

O “White Paper, Our Health, our care, our say: a new direction for community services, 2006” estabeleceu como compromisso a extensão que os serviços de transporte de doentes não urgentes que eram, tradicionalmente, providenciados pelo hospital, passassem a estar

disponíveis num enquadramento comunitário/local, o que passou a significar que quem estivesse referenciado para tratamento pelos profissionais de saúde e que necessitem de necessidade clínica de transporte, passasse a estar abrangido por esses serviços.

Por PTS entenda-se o serviço de transporte de doentes não urgente e que se encontra tipificado pelo transporte, de natureza não urgente, planeado, de pacientes com necessidade clínica de transporte de e para os prestadores de cuidados de saúde no âmbito do NHS bem como do transporte entre prestadores de cuidados de saúde do NHS.

Este serviço deve compreender um largo quadro de tipos de veículo e de nível de cuidados de saúde de acordo com as necessidades clínicas dos pacientes.

O PTS é um programa de cuidados de saúde integrados. Um paciente não urgente é aquele que embora requeira tratamento, que pode ser de uma área específica ou não, não necessita de uma resposta imediata ou urgente.

Os doentes elegíveis devem aceder aos cuidados de saúde (tratamentos, consultas externas ou exames) primários ou secundários num tempo razoável e com um razoável conforto, sem detrimento da sua condição clínica. A distância da viagem e a frequência da viagem devem também ser tidas em conta. De igual forma o que é “uma viagem em tempo razoável” deve ser **definida localmente**, porque as circunstâncias variam.

Os pacientes elegíveis são aqueles:

- Em que a condição médica do paciente é tal que requer as competências do suporte do pessoal do PTS na ou depois da viagem.
- Quando a condição clínica do paciente tem impacto na sua mobilidade de tal forma que ele estaria impossibilitado de aceder aos cuidados de saúde e/ou detiorava a sua condição clínica ou recuperação se viajassem por outros meios.
- Quando uma criança viaja com um tutor ou parente.

O PTS também se aplica aos acompanhantes, por ex., de uma pessoa com problemas/incapacidades físicas ou mentais, adultos vulneráveis ou para agir como tradutor.

Um paciente abrangido pelo programa PTS deve ser determinado por pessoal médico ou pessoal não qualificado clinicamente mas que sejam:

- a) Clinicamente supervisionado e/ou trabalhando com protocolos locais ou directivas e
- b) Sejam funcionários do NHS ou trabalhem sob um contrato com o NHS;

Para facilidade de entendimento a expressão PCTs significará as entidades ou pessoas singulares que são responsáveis pela intermediação dos serviços de ambulância que possuam todos os requisitos necessários para exercerem a actividade na área em são legalmente responsáveis pela sua prestação. Estes agentes são os responsáveis por estabelecer quem tem direito ao serviço de transporte de doentes na área definida devendo o agente aplicar os princípios consagrados na avaliação dos casos bem como desenvolver os critérios mais concretos para o uso deste serviço.

É sempre da responsabilidade do agente assegurar que os serviços apropriados estão a ser prestados a um nível e a um custo adequado.

Os fornecedores deste tipo de serviço podem ser os mais variados desde as corporações locais de ambulâncias do NHS até aos fornecedores independentes privados ou até por uma combinação de fornecedores públicos e privados.

Apenas devem ser enquadrados como potenciais utilizadores deste tipo de serviço aqueles que preencham os critérios acima descritos não sendo aqui incluídos os que necessitam de transporte por razões sociais.

O “White Paper” definiu que os agentes e as autoridades locais devem trabalhar em conjunto de forma a assegurar que os serviços estão também acessíveis através de transportes públicos devendo as estruturas locais trabalhar de forma próxima com os PCTs, de preferência através de parcerias com vista a assegurar que os utentes têm condições de acesso aos cuidados de saúde a um custo razoável, num tempo razoável e com razoável facilidade.

No que concerne aos encargos com o serviço de transporte de doentes, providenciado pelo NHS os pacientes abrangidos não são responsáveis por esse custo sendo que em último caso os PCTs são os últimos responsáveis.

Os custos de fornecer esses serviços de transporte são negociados pelos PCTs em função da população registada (capitação), das necessidades locais concretas e das prioridades estabelecidas. Poderá variar em função da natureza dos serviços prestados e da distância a ser percorrida sendo, no entanto, sempre um assunto do foro local.

O fornecedor de transporte tem a responsabilidade de cuidar do paciente (e de quem o acompanhe) que está a ser transportado, desde o momento em que ele é recolhido até ao momento em que é entregue, seja numa instituição de saúde seja em casa.

Os fornecedores mais significativo desse transporte são, no caso Britânico, desde 1990, 31 grupos de ambulâncias (Ambulance Trusts) que entre outras funções têm a de realizar transferências inter-hospitalares e de transportar pacientes para consulta externas ou hospital de dia (“Driving Change”, Good Practice Guidelines for PCTs on Commission Arrangements for Emergency Ambulance Services & Non-Emergency Patient Transport Services, Modernisation Agency, 2004, NHS). No entanto, o mesmo serviço também pode ser prestado por operadores do sector privado ou autoridades locais.

Para demonstrar a dimensão basta referir que o serviço de ambulâncias inglês é responsável por 14 milhões de viagens de pacientes não urgentes por ano, representando cerca de 80% de todo o transporte médico realizado num ano e 20% da despesa total do serviço de ambulâncias no Reino Unido.

Aos pacientes é oferecida uma escolha, através da rede de cuidados, onde pretendem receber tratamento quando estão referenciados para receber cuidados de saúde. Assim, é provável que o número de deslocações fora da área de PTS aumente. O princípio que deverá vigorar é aquele que estabelece que cada paciente seja capaz de ter acesso a um hospital num tempo razoável e com um razoável conforto, sem deterioração do seu estado de saúde. Deste modo, quando o paciente tem necessidade de transporte a distância a percorrer é uma variável a ter em consideração no acesso aos cuidados de saúde.

Em termos de acordos de financiamento, o princípio geral deveria ser que um paciente que esteja abrangido por um PCT deverá ser este a suportar o custo das viagens derivadas do transporte de doentes.

No que respeita aos pacientes privados ou que são qualificados como tal pelo NHS qualquer solicitação para transporte será, em geral, providenciado no âmbito do acordo que o correspondente PCT tem convencionado.

No entanto, nestes casos, imputará o custo do transporte ao próprio doente e não ao PCT da sua área.

Já no caso de um paciente privado ser tratado num hospital privado qualquer tipo de transporte necessário será imputado e cobrado e ao hospital privado a quem caberá depois cobrar junto do paciente.

De referir, que é dada especial atenção aos pacientes que se desloquem em cadeira de rodas sendo que o princípio é de que os meios de transporte, devem, na medida do possível, estar aptos a que o paciente seja transportado na sua própria cadeira de rodas, devendo os transportadores cumprirem com as directivas existentes para estes casos (Eligibility Criteria for Patient Transport Services (PTS), DH Ambulance Policy, 2007).

No que respeita aos casos sociais, os PCTs não têm a responsabilidade de prestar serviços de transporte em casos desta natureza.

Tais casos, ou seja, em que o paciente tem necessidade de uma ambulância estão abrangidos pelo chamado “Hospital Travel Cost Scheme (HTSC), a quem cabe suprir essa carência de forma a que o paciente consiga, assim, aceder aos cuidados de saúde que necessita.

Mas para que tal se efective, através de reembolso do custo desse transporte, é necessário que: i) tal necessidade esteja a ser tratada por um médico especialista e não por um de clínica geral chamados GPs, ii) que se trate de um tratamento ou diagnóstico hospitalar, ou seja, não no âmbito dos cuidados de saúde primários e que iii) seja suportado pelo NHS, independentemente se o serviço é prestado por profissionais do NHS ou por independentes.

Em conclusão, o sistema britânico de transporte de doentes não urgentes obedece ao seguinte princípio: “ *A necessidade de cuidados de saúde não implica automaticamente a necessidade de transporte*” (EKHT Protocol).

Para aferir da necessidade de transporte de um paciente há que observar dois requisitos:

- a) A condição clínica do paciente deve ser tal que seja necessário a presença de pessoal médico habilitado no ou para o transporte.
- b) De acordo com uma decisão clinicamente fundamentada, foi determinado que a condição clínica do paciente é tal que se ele fosse transportado por outros meios a sua condição ou recuperação se deterioraria.

Outra conclusão importante que se retira do modelo britânico é a de que as necessidades devem ser supridas localmente, através das estruturas e acordos existentes, existindo, assim uma descentralização de competências nesta área mas não no que se refere aos critérios de elegibilidade.

Isto permite um mais próximo acesso das populações aos cuidados de saúde porque as entidades responsáveis, desde o NHS aos PCTs, têm sempre a possibilidade de adequar os recursos existentes às prioridades.

### **2.5.2. Caso Norte Americano**

Sendo os Estados Unidos da América um território do tamanho de um continente e apresentando diversidades significativas entre os 51 estados que o compõem a análise da prestação de transporte não urgente teria de ter algum critério de escolha.

Deste modo, face às alterações a nível de legislação nacional que os vários Estados tiveram, alguns destes aproveitaram para aumentar a flexibilidade na concepção, implementação e pagamento dos programas de transporte no âmbito do *Medicaid*.



De facto, e só apenas no âmbito do *Medicaid* faz sentido esta análise uma vez que nas situações não abrangidas por este programa é o mercado da livre concorrência quem estabelece as regras.

*Medicaid* é o programa de saúde nos Estados Unidos para certas pessoas e famílias de baixos rendimentos e recursos. É um programa que é co-financiado pelos governos estadual e federal, e é administrado pelos estados. As pessoas abrangidas pelo *Medicaid* são cidadãos americanos ou residentes com permanência legal, incluindo adultos com baixo rendimento, seus filhos, e pessoas com determinadas deficiências. A *Medicaid* é a maior fonte de financiamento dos serviços médicos e de saúde para pessoas com rendimentos baixos nos Estados Unidos.

Esta exposição foi baseada num estudo levado a cabo pela “The National Consortium of the Coordination of Human Services Transportation” submetido ao tema “Medicaid Non-Emergency Transportation: Three Cases Studies” tendo sido considerados três estados com abordagens inovadoras na concepção e gestão dos serviços médicos de transporte não urgente e são eles o Estado do Utah, Delaware e Nova York.

As opções tomadas para prestação de serviços de transporte não urgente resultam de normas federais da *Medicaid*, que incumbe cada estado de providenciar este tipo de transporte aos seus beneficiários de e para os prestadores de cuidados de saúde bem como de definir os métodos que utilizam nessa tarefa.

A regulamentação da *Medicaid* estipula dois tipos de financiamento, ao nível da taxa de reembolso federal dependendo do Estado em causa classificar os serviços de transporte não urgentes como uma despesa de serviço administrativo ou uma despesa de serviço médico.

Para ser classificado como um serviço médico, o transporte não urgente tem que obedecer a certos critérios tais como a liberdade de escolha do prestador por parte do beneficiário, ser um mercado livre para todos os prestadores que possuam os requisitos necessários e a prestação do mesmo nível de serviço em todo o Estado a utentes com as mesmas necessidades.

Aos Estados foi dada grande flexibilidade para construir modelos de prestação dos serviços que se foquem no custo/benefício utilizando indicadores como matrizes de modelos de transporte baseado na disponibilidade, acessibilidade e custo. Por exemplo, as políticas de reembolso de quilómetros percorridos varia de Estado para Estado existindo Estados que não reembolsam o proprietário do carro por viagens curtas enquanto outros o fazem.

No que respeita aos três Estados em estudo todos eles implementaram acordos de intermediação para a prestação de transportes não urgentes tendo todos eles programas de passe para transporte público. Têm em comum terem a maioria da população concentrada nas áreas urbanas e pouca população nas áreas rurais.

#### I. Delaware

O Estado de Delaware, a dados de 2002, tinha uma população de aproximadamente 796.165 das quais 18,6% utilizavam o *Medicaid*. Este Estado é pequeno do ponto de vista geográfico e 17% da população está concentrada em três grandes cidades.

Entre 10 % e 15% dos beneficiários utilizaram transporte não urgente no período de um ano, sendo que 84% utilizaram transporte médico, 15% utilizaram viaturas para-médicas e apenas 0,5% táxi.

A partir do momento que o reembolso das despesas de serviço médico já não eram relevantes o Estado modificou o modelo de prestação do serviço iniciando um processo de pesquisa e contratação de um intermediário para o transporte não urgente em todo o Estado.

À data o processo foi ganho por uma empresa chamada *Logisticare* cujo modelo estabelecia um *call center* como único ponto de contacto para a verificação da elegibilidade, determinação do meio mais económico e mais adequado e planeamento do transporte. Esta empresa não prestava directamente os serviços de transporte, subcontractando prestadores locais independentes.

Os beneficiários são responsáveis por um co-pagamento de \$1 por cada viagem quando se trate de utilizar autocarro ou viaturas paramédicas.

No que se refere aos passes de autocarro é feito um cruzamento de dados para identificar os beneficiários de *Medicaid* que vivem em determinados locais definidos e que tenham marcações de consultas com prestadores em locais definidos. Isto permite que todos os indivíduos que podem utilizar o meio de transporte mais económico o fazem. Com este método o programa de passes de autocarro de Delaware aumentou o número de beneficiários que têm assistência através do meio de transporte mais apropriado e mais económico.

Os resultados da implementação de tal programa mostraram-se satisfatórios.

## II. Utah

Este Estado também passou de um sistema considerado hierárquico para um de intermediação.

Utah tem uma população, a dados de 2002, de aproximadamente 2.316.256 das quais 10,8 % utilizavam o *Medicaid*. Este Estado é grande do ponto de vista geográfico com 90% da população em quatro grandes cidades.

Em 2001 o Governo Federal convidou os Estados a apresentarem programas que expandisse a cobertura de mais população que de outra forma não estariam cobertas pelo *Medicaid*.

O plano consistia em dar cobertura a adultos até que o seu rendimento lhes permitisse obter cobertura de saúde por si próprios ou até que os seus empregadores contribuíssem com uma parcela maior para o seu seguro de saúde. Este programa impunha como critérios de elegibilidade ter uma idade entre 19-64 anos, estar sem seguro há seis meses e ter rendimento inferior em 150% à média de pobreza federal.

O objectivo deste programa era tornar mais equitativo a distribuição de financiamento para permitir abranger mais pessoas com o mesmo grau de benefícios em vez de cobrir ainda mais quem já tinha mais e deixar os restantes sem qualquer cobertura.

O grupo das crianças, pessoas com deficiência, indivíduos com 65 anos ou mais, mulheres grávidas e mulheres com cancro da mama ou cervical não estavam sujeitos a qualquer tipo de co-pagamento pela utilização de transportes não urgentes.

Também este Estado iniciou um processo de pesquisa e contratação com vista a seleccionar um único intermediário para prestação de serviço de transporte em todo o Estado tendo o contrato sido ganho por uma empresa chamada *PickmeUp Medical Transportation*. Esta empresa prestava directamente a maioria dos serviços de transporte não urgente sendo residual a actividade das empresas locais.

Esta empresa tinha que ter um registo do grau de satisfação dos beneficiários sendo os seus resultados bastante bons.

No que diz respeito aos passes de autocarro estes estavam excluídos do programa tendo este Estado implementado um sistema de elegibilidade que permitia que uma vez processada a informação no sistema este automaticamente emitia os passes para os indivíduos cobertos através dos seus cartões de identificação do *Medicaid*.

O processo de decisão que este Estado aplicava para determinar o meio de transporte mais adequado era: i) se existe um veículo registado em nome de um determinado indivíduo ou membro da família essa pessoa não seria elegível para transporte através do *Medicaid*. Poderia, no entanto, fazê-lo através de um intermediário, ii) se não existir um veículo registado, deve utilizar o sistema de autocarros, sendo que 90% dos autocarros do Utah têm acesso para cadeiras de rodas, iii) caso não tenha um veículo nem um sistema de transportes de autocarros então deve chamar a empresa prestadora, a *PickmeUp*, bem como se for portador de uma deficiência que não lhe permita utilizar o sistema de transportes de autocarro podendo, nesse caso beneficiar de um serviço “porta-a-porta”.

No que respeita ao reembolso de quilómetros este Estado usou um método inovador para indivíduos que utilizam o seu próprio carro para irem às consultas médicas. É-lhe emitido um cartão onde lhe é introduzido crédito para o número de quilómetros previstos a uma taxa de \$0, 18 por quilómetro. Todos os beneficiários do *Medicaid* beneficiam desse sistema podendo também contemplar crédito para refeições quando se trate de distâncias grandes.

### III. Nova York

O sistema de transporte não urgente nova iorquino é o mais complexo contemplando uma variedade de modelos.

Nova York tem uma população de 18.976,000 aproximadamente das quais 15,9% beneficia de *Medicaid*. Nova York é um grande estado com a cidade mais populosa do país e as áreas rurais mais dispersas.

Tem um sistema administrativo complexo derivado da diversidade geográfica e cultural levando a que os programas a implementar ou implementados tenham grande flexibilidade.

No Estado de Nova York os serviços de transporte não urgente são considerados quer como serviços médicos (com 50% de comparticipação) quer como serviços administrativos.

Os serviços de transporte são geridos por departamentos locais dos serviços sociais e duas agências do estado. Cada departamento local dos serviços sociais suporta 25% do custo dos serviços e o Estado financia os outros 25%.

A gestão é feita de forma diferente em cada um dos departamentos locais dos serviços sociais. A grande fatia das solicitações dos serviços de transporte não urgente é gerida e registada pela “Medicaid Management Information System (MMIS)”. Contudo, algumas despesas de transportes são pagas localmente. Estas despesas locais são registadas pela *Medicaid* em formulários financeiros eletrónicos.

Alguns departamentos locais de serviços sociais têm um intermediário transportador que coordena o serviço. Esses departamentos locais destacaram como vantagens deste modelo de prestação: i) o elevado nível de especialidade na calendarização da prestação de transportes não urgentes, ii) poupança nos custos derivado da atenção dada à utilização do

meio de transporte menos oneroso dentro dos mais adequados e iii) flexibilidade de transferência do pessoal afecto ao transporte para outras áreas.

O Estado de Nova York criou um programa chamado “New York Non-Emergency Transportation Program” com a finalidade de dar assistência aos departamentos locais do serviços sociais na redução de custos e na procura de métodos alternativos para estabelecimento de acordos de transporte para os beneficiários.

O Departamento de Saude gere o programa do *Medicaid* de Nova York e delega responsabilidades em cada um dos 58 departamentos locais de serviços sociais. Essas responsabilidades incluem assegurar disponibilidade de todo o tipo de meios de transporte, incluindo acordos com os prestadores, bem como as autorizações de pagamento para transporte não urgente de tipo individual quando tal se mostre necessário.

Esta delegação existe porque o departamento local de serviços sociais é a entidade que tem conhecimento das necessidades de transporte e das redes de apoio existentes para o levar a cabo.

Assim, cada departamento local deve ter informação detalhada de: i) como o distrito irá assegurar o transporte necessário de todos os utentes, ii) o chamado processo de pré-autorização, iii) o procedimento de reclamação pelos beneficiários e iv) a poupança de custos.

O Departamento de Saúde reserva para si a competência pela aprovação dos reembolsos definidos pelos departamentos locais.

O objectivo é estabelecer cinco tipos de acordos para transporte sendo eles:

1) *Transporte coordenado*

Neste tipo de opção os departamentos locais solicitam um coordenador de transporte que directamente ou através de subcontratados prestará todo o serviço de transporte não urgente para todo o distrito mediante um montante de reembolso fixo. Este montante será pago pelo distrito independentemente do número de transportes realizados.

Os responsáveis do distrito indicam ao coordenador os beneficiários a necessitar de transporte cabendo a este aumentar a eficiência através da definição de percursos fixos e transportes em grupos para as consultas marcadas. O coordenador também consegue gerir de forma mais eficiente a utilização dos transportes públicos.

Todos os beneficiários que requeiram a serviços de transporte não urgente para aceder a cuidados de saúde devem recorrer ao coordenador.

2) *Transporte baseado numa taxa fixa*

Nesta opção, um distrito ou um grupo de distritos define um montante de reembolso para um determinado meio de transporte numa determinada região. Existe a possibilidade de livre escolha do prestador pelos beneficiários mas essa escolha está limitada àqueles prestadores que aceitaram o montante fixo de reembolso.

3) *Procura da proposta mais vantajosa*

Nesta opção, um distrito ou um grupo de distritos solicita propostas para um conjunto de beneficiários que necessitam de transporte diariamente ou com outra regularidade. A proposta do prestador que seja mais qualificada e com o melhor custo/benefício ganha. O reembolso pode ser um montante fixo ou baseado por pessoa/por dia.

Nesta opção. Os beneficiários não podem escolher outro prestador mesmo que praticasse os mesmos preços, isto para evitar que esses prestadores realizassem os percursos mais lucrativos deixando os menos lucrativos para o prestador que tivesse ganho o concurso.

4) *Transporte directo pelo menor preço*

Aqui o distrito encaminha o beneficiário para o prestador com mais baixo preço e que esteja disponível no momento em que é necessário.

O distrito poderá, no entanto, designar, diferentes prestadores para diferentes tipos de transporte baseado na sua disponibilidade, tipo de transporte que é necessário e taxa de reembolso.

5) *Transporte através de acordos seleccionados*

Aqui o distrito celebra um acordo com um prestador ou grupo de prestadores para prestar o serviço de transporte não urgente aos beneficiários que utilizam os cuidados de saúde. Por exemplo, um distrito pode escolher uma empresa de táxis para prestar todos os transportes não urgentes para determinado centro de saúde. Derivado do volume, o prestador pode prestar esse serviço por montantes mais baixos do que se fossem múltiplos prestadores. O prestador pode, por sua iniciativa, celebrar acordos com transportadores públicos para complementar a sua capacidade de resposta. Neste cenário, o beneficiário não tem liberdade de escolha para escolher o prestador quando pretenda transporte para um determinado centro de saúde.

Na cidade de Nova York, os programas de cuidados de saúde têm o transporte não urgente incluído nos seus programas. Deste modo, as entidades de saúde são responsáveis pela acreditação, contratação e reembolso dos prestadores de transporte. Estas entidades servem também como ponto de contacto para os beneficiários da Medicaid que necessitem de transporte, verificam a elegibilidade, determinam o meio de transporte e forneçam o transporte.

De referir que os programas dos departamentos locais de serviços sociais fora da cidade de Nova York, na sua maioria, não contemplam os serviços de transporte não urgente.

O rasteio e a monitorização dos serviços de transporte não urgente continua a ser um desafio para o Estado de Nova York, dada a complexidade e fragmentação dos serviços e as solicitações de reembolsos.

Como conclusões do que foi exposto em relação aos três Estados em que se operou uma mudança do modelo de prestação dos transportes não urgentes pode-se destacar:

- i) A possibilidade de adaptar os modelos de prestação do serviço de acordo com as infraestruturas de transporte, demografia, cultura e economia de cada realidade;
- ii) Uma maior possibilidade de conhecimento das necessidades dos beneficiários e das estruturas existentes para a prestação do serviço;
- iii) Uma maior possibilidade de maior monitorização dos custos na prestação dos serviços de transporte não urgente;
- iv) Maior eficiência na alocação dos recursos disponíveis;
- v) Dinamização do sector de transportes pelo aumento de concorrência entre operadores;
- vi) Maior capacidade de resposta dos operadores, uma vez que maioritariamente são locais.
- vii) Maior grau de satisfação dos utentes dos serviços de transporte não urgente.

### 3- CHP

#### 3.1. História

##### 3.1.1. Seu Enquadramento na Região

O CHP está integrado na categoria das unidades diferenciadas da NUT III- Grande Porto, servindo de referência não só a outros Hospitais da unidade territorial, mas também aos de outras unidades territoriais da área metropolitana do Porto, bem como de outras unidades territoriais da região norte.



De acordo com o Relatório e Contas 2010, a área de Influência do Hospital de Santo António é constituída por todas as freguesias da cidade, com excepção de Bonfim, Paranhos e Campanhã e pelo concelho de Gondomar. O HSA é ainda referência para a população dos distritos de Bragança e Vila Real, dos concelhos de Amarante, Baião e Marco de Canaveses, do distrito do Porto e dos concelhos situados a sul do Douro pertencentes à parte norte dos distritos de Aveiro e Viseu. A Maternidade Júlio Dinis tem como área de influência o grande Porto, com excepção das freguesias de Bonfim, Paranhos e Campanhã, e o concelho de Gondomar. A sua área de referência é mais alargada, recebendo doentes dos concelhos limítrofes do Porto e de toda a zona Norte em geral.

O Hospital Maria Pia tem como área de referência toda a zona Norte de Portugal, estando organicamente ligado aos centros de saúde de Aldoar, Carvalhosa e Foz do Douro (Relatório e Contas CHP, 2009).

No caso específico do HSA a população abrangida é de cerca de 990.252 habitantes (Anuário Estatístico 2008, INE).

De referir que a Região Norte é a mais populosa, representando 37% da população residente do Continente. O Grande Porto é a unidade territorial do Norte com mais população (34,3%), (Relatório e Contas CHP, 2010).

Quando comparado o crescimento da população no Continente e na Região Norte no decénio 1991-2001 verifica-se que esta ultima apresentava crescimento superiores ao Continente, situação que se alterou no período 2001-2009, sendo que na cidade do Porto e em Gondomar o sentido foi sempre de menor crescimento, independentemente do qual dos períodos confirmados.

Evolução da população Residente (censos)

	1991	2001	2009*	Var 01/91	Var 09/01
Continente	9.375.926	9.869.343	10.144.940	5,30%	2,80%
NUT II Norte	3.472.715	3.687.293	3.745.575	6,20%	1,60%
Grande Porto	11.167.800	1.260.680	1.285.352	8,00%	2,00%
Porto+ Cidade de Gondomar	445.650	427.227	385.436	-4,10%	-9,80%

\* População estimada

Fonte: INE

Já quando se realiza uma análise da estrutura etária da população da área de influência assiste-se a uma diminuição gradual da população jovem (idades entre os 0 e os 14 anos) acompanhada por um crescimento da população idosa (idade igual ou superior a 65 anos) o que significa que a população potencialmente mais susceptível de utilizar os serviços de saúde e consequentemente a rede de transportes não urgentes tem vindo a aumentar.

População residente Estimada por Sexo e Grupo Etário, 2009

	Total			0-14 anos			15-64 anos			65 anos +		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Continente	10.144.940	4.909.494	5.235.446	1.528.075	783.216	744.859	6.778.538	3.356.300	3.422.238	1.838.327	769.978	1.068.349
NUT II Norte	3.745.575	1.810.879	1.934.696	575.471	294.898	280.573	2.579.422	1.271.369	1.308.053	590.682	244.612	346.070
Grande Porto	1.285.352	614.450	670.902	198.746	101.573	97.173	884.377	429.791	454.586	202.229	83.086	119.143
Porto+ Cidade de Gondomar	385.436	179.729	205.707	54.449	27.838	26.611	261.481	125.069	136.412	69.506	26.822	42.684

No que respeita às valências em que o CHP desenvolve a sua actividade as mesmas podem ser repartidas por cinco linhas de actividade principal, sendo no quadro abaixo apenas demonstrado o caso da Unidade Hospital de Santo António.

**UNIDADE DO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO**

ESPECIALIDADES/VALÊNCIAS	Internamento	Cir. Ambulatório	Hospital Dia	Cons. Externa	Urgência
Anestesiologia				e	e
Área de Decisão Clínica/SO	e				
Cardiologia	e		e	e	e
Cirurgia Ambulatório		e		e	
Cirurgia Geral	e			e	e
Cirurgia Plástica				e	
Cirurgia Vascular	e	e	e	e	e
Cuidados Intensivos Polivalentes 1	e a)			e	e
Cuidados Intensivos Polivalente 2 (UCIP)	e			e	e
Cuidados Intensivos Polivalente 3 (pós-cirúrgicos)	e a)				
Cuidados Intensivos 1 - Unidade Central	e a)			e	
Dermatologia	e	e	e	e	
Doenças Respiratórias				e	
Doentes Autoimunes				e	
Dor				e	
Endocrinologia	e		e	e	
Endocrinologia - Pé diabético				e	
Estomaterapia				e	
Estomatologia				e	
Cirurgia Maxilo - Facial	e	e		e	e b)
Fisiatria	e		e	e	
Gastroenterologia	e		e	e	e
Ginecologia			e	e	e c)
Hematologia			e		
Hematologia Clínica	e			e	e
Imunoalergologia				e	
Imunohemoterapia				e	
Imunologia Clínica				e	
Medicina Familiar e Ocupacional				e	
Medicina Interna	e		e	e	e
Nefrologia	e	e	e	e	e
D.P.C.A				e	
Transplantes Renais				e	
Pré-Transplante Renal				e	
Neurocirurgia	e	e		e	e
T.C.E.	e				
Neurologia	e		e	e	e
Nutrição				e	
Obstetrícia					e c)
Oftalmologia	e	e		e	e d)
Oncologia Médica			e	e	
O.R.L.	e	e	e	e	e e)
Ortopedia	e	e	e	e	e
Ortopedia Pediátrica	e		e	e	
Pediatria	e f)		e	e	
Atendimento Pediátrico Referenciado				e	
Psicologia				e	
Psiquiatria				e	e
Sono				e	
Tratamento Cirúrgico Obesidade	e			e	
Urologia	e	e	e	e	e g)
UCI Coronários	e				
UCI Neonatais e Pediátricos	e f)			e	
Unidade Cuidados Intermédios de Urgência (OBS)	e				
Unidade Transplante Hepático - Pancreático	e			e	e
Paramiloidose			e	e	
Consultas de Grupo				e	

Notas:

a) A partir de Março integração dos Cuidados Intensivos Polivalente 1 com os Cuidados Intensivos polivalentes 3 (pós-cirúrgicos)

Já no que respeita às principais unidades hospitalares na área de referência as mesmas podem ser divididas em entidades empresariais e hospitais privados.





## **3.2. Hospital Geral de Santo António**

### **3.2.1. Sua História**

O Hospital de Santo António foi construído pela Misericórdia (que ainda é a sua proprietária hoje) por ordem do Rei D. José. O arquitecto responsável pela construção do Hospital foi John Carr, arquitecto inglês, um dos mais conceituados da sua época (representante da escola neopalladiana). Este retorno a Palladio, por influência da poderosa colónia inglesa do Porto, representa o eclodir do estilo neoclássico em Portugal ([www.infopedia.pt/hospital-de-santo-antonio](http://www.infopedia.pt/hospital-de-santo-antonio)).

Em Outubro de 1879 John Carr envia para o Porto o projecto definitivo do novo hospital, constituído por um conjunto de elementos desenhados assim como por uma extensa memória descritiva.

Em Julho de 1770 foi lançada a primeira pedra sendo que passados quatro anos as obras tiveram que ser suspensas por razões de ordem financeira sendo que numa segunda fase voltaram a ser interrompidas pela instabilidade criada pelas invasões napoleónicas.

Projectado sem vistoria do terreno e pensado pelo arquitecto para ser construído em tijolo, a obra de alvenaria apresentou custos acrescidos que se tornaram incomportáveis para a Misericórdia, conduzindo à interrupção definitiva da obra. Integralmente concluída ficou apenas a fachada nascente sendo que as alas norte e sul pouco ultrapassavam metade da dimensão prevista e a igreja, que ocupava o centro do conjunto, não chegaria a ser construída ([www.infopedia.pt/hospital-de-santo-antonio](http://www.infopedia.pt/hospital-de-santo-antonio)).

### **3.2.2. O Serviço de Transporte de Doentes**

#### **I. Sua Missão**

Neste capítulo será descrito o circuito de emissão e validação de requisições de transporte de doentes não urgentes, sendo que no caso concreto do HGSA esse circuito foi objecto de uma alteração substancial a partir de 4 de Março de 2011, como seguidamente será exposto.

No HGSA existe um departamento, intitulado “Serviço de Transportes” cujos seus elementos têm a seu cargo prestar apoio aos serviços de acção médica. Como principais tarefas têm o planeamento e organização do transporte de doentes do Hospital para o seu domicílio ou para transferência, consultas, exames ou tratamentos noutros estabelecimentos hospitalares.

Para este Serviço são encaminhados todos os pedidos do Hospital para transporte de doentes procurando-se atingir a utilização mais eficaz e racional de recursos, privilegiando-se o transporte de doentes com profissionais e equipamentos do próprio Hospital e quando tal não seja possível com recursos a meios externos, ou seja, a empresas de transporte privada.

## II. Sua organização interna

O Serviço de Transporte do HGSA é composto por um Director, uma administradora hospitalar, Dra. Carla Magalhães (orientadora do presente trabalho de campo), um responsável, três técnicos e catorze operacionais. Da sua frota automóvel fazem parte quatro ambulâncias cinco viaturas ligeiras e duas carrinhas.

No plano concreto ao responsável cabem as tarefas de supervisionar e coordenar as tarefas que os três técnicos desenvolvem no Serviço.

Após um levantamento de funções dos elementos da base operacional do Serviço de Transportes pode-se fazer uma descrição, abreviada, das funções e tarefas que os mesmos desempenham diariamente.

A estes incumbe, respectivamente, a gestão diária dos transportes, como seja, a evacuação de doentes, seja no âmbito do Serviço de Urgência (SU) seja no Internamento. A realização do planeamento das rotas fixas para manutenção das unidades que constituem o CHP, Hospital Maria Pia (HMP), Maternidade Júlio Dinis, (MJD) e Direcção de Pedopsiquiatria e que transportam, nomeadamente, MCC, produtos esterilizados, malas de unidose, processos, expedientes entre outros. Para além desta tarefa a mesma pessoa está encarregue de planear o transporte de doentes para o domicílio (pequeno e longo percurso) seja por meio de transporte internos seja externos. Todos estes transportes são realizados tendo por base um Termo de Responsabilidade (TR). Realiza ainda tarefas de registo de todos os procedimentos/acções administrativas que são utilizados para definição de indicadores de qualidade.

Já num segundo posto de trabalho o elemento que aí se encontra afecto é responsável pela agregação de todos os pedidos de transporte em ambulatório, realizando essa triagem de acordo com as normas e os regulamentos em vigor neste Serviço.

Utilizando o sistema operativo ORACLE este elemento procede à emissão dos TR e envia para o domicílio do utente anexando o respectivo mapa com a confirmação das viagens. Para além disto, ainda procede à indexação dos pedidos tendo em conta a periodicidade regulamentada. De referir que o sistema operativo ORACLE tem um aplicativo específico para a emissão de TR.

O terceiro elemento realiza a conferência documental das facturas recepcionadas no S.T., provenientes das transportadoras.

Este elemento está incumbido de verificar se o IVA (Imposto sobre o valor acrescentado) está correctamente processado bem como se o número do termo, identificação da matrícula, nome do paciente, data, número de deslocações, quilómetros percorridos, origem e destino bem como as respectivas horas de espera estão devidamente processadas.

Cabe-lhe também a responsabilidade por verificar se a data de emissão do termo está correcta.

Como instrumento de apoio à validação se o número de quilómetros percorridos estão dentro dos parâmetros razoáveis, e para além da experiencia adquirida com o conhecimento das distancias entre os principais pontos de inicio e fim na zona norte, pode-se também socorrer de uma tabela orientadora dos quilómetros percorridos e fazer uma comparação entre o constante na factura e a informação aí existente.

Verificados estes requisitos a factura, poderá ter um de dois envios, um para o Serviço de Aprovisionamento para serem por este regularizadas ou a devolução da mesma ao utente ou à transportadora em causa.

Ainda no âmbito das suas funções presta informação aos utentes que a este Serviço se lhe dirigem.

Como documento de apoio é elaborada um mapa em formato Excel com a relação das viagens validadas e que podem ser pagas pelo Aprovisionamento.

Como principais documentos que estabelecem as regras e caracterizam este Serviço podem-se destacar o organigrama, o Manual de Funções, as Instruções de Trabalho, as Notas de Serviço Internas, sempre que são necessárias alterações bem como o relatório relativo à análise SWOT anual. Alguns destes documentos serão objecto de uma análise mais aprofundada nos Capítulos seguintes.

### III. Análise do Regulamento existente

Previamente à descrição do fluxograma até à validação final da requisição de transporte e Termo de Responsabilidade far-se-á uma descrição sumária do Regulamento Interno que se encontrava em vigor até 4 de Março de 2011, obedecia ao espírito do que se encontrava legislado nos vários diplomas acerca deste tema (*Anexo VI*).

Como o seu próprio nome indica o Regulamento é um documento, interno, que visa regular os aspectos essenciais do transporte de doentes, neste caso, entre o HGSA e entre este e as restantes instituições hospitalares que fazem parte do CHP.

No seu Capítulo I o dito documento estabelece o seu objecto e âmbito de aplicação estabelecendo que é aplicável a todas as situações de transporte de doentes, programados e urgentes, em ambulância, táxi e transporte público entre as várias instituições que constituem o CHP. O conteúdo do Capítulo II é dedicado ao transporte de ambulância definindo as situações em que existe enquadramento para tal requisição.

De acordo como ponto 3 do mencionado documento, o transporte de doentes por entidades externas à estrutura hospitalar só é permitido e passo a citar:"

1.1. *Quando o doente internando necessita de se deslocar a outro estabelecimento de saúde para realizar consultas, tratamentos e/ou MCDT, **utilizando preferencialmente ambulância do CHP***

1.2. *Quando o doente internado é transferido para outro Hospital, utilizando preferencialmente ambulância do CHP;*

1.3. *Quando o doente internado ou admitido no Serviço de Urgência necessita de se deslocar, entre unidades ou dentro da mesma unidade, para realização de procedimentos específicos, utilizando ambulância do CHP;*

1.4. *Quando a a um doente seguido em Consulta Externa, sejam prescritos, consultas, MCDT's ou tratamentos e razões de natureza clínica decorrentes do diagnóstico o justifiquem;*

1.5. *No serviço de Urgência, sempre que o doente tenha alta clínica para o domicílio fundamentado em justificação clínica sustentada no diagnóstico/quadro clínico do doente;*

1.6. *Quando no Serviço de Urgência haja decisão de transferência para outra Unidade de Saúde;*

1.7. *Quando no momento da alta de internamento a situação clínica o justificar. Neste caso, excepcionalmente, e por razões de celeridade processual, a competência para autorizar o transporte é do Director de Serviços, com os custos inerentes;*

1.7.1. *Os pedidos efectuados no próprio dia devem ser feitos apenas para situações pontuais e urgentes, ficando condicionados à disponibilidade de transporte;*

*1.7.2. O Serviço de internamento deve, sempre que possível, proceder ao efectivo planeamento da alta, solicitando o pedido de transporte ao Serviço de Transportes até às 15:00 do dia anterior (...)*

Da análise das situações que se enquadram na moldura de uma requisição de transportes devidamente fundamentada para o trabalho em questão apenas são relevantes o ponto 1.1, 1.2 e 1.4. Será de realçar aqui o critério de escolha de ser um transporte interno ou externo a realiza-lo. Nos dois primeiros pontos estabelece-se uma “preferência” dos transportadores internos sobre os transportadores externos uma vez que desta forma está-se a utilizar recursos materiais e humanos internos em detrimento dos externos com as consequências financeiras que estão implícitas.

*O Ponto 4º estabelece quais as situações clinicamente justificadas sendo as elencadas as i) doentes com suporte ventilatório artificial, ii) doentes com deficiência motora traduzível em incapacidade de locomoção, quando devidamente justificada pelo médico prescriptor, associada/decorrente da situação clínica/diagnóstico do doente, iii) crianças e jovens deficientes de paralisia cerebral, sempre que o objectivo seja a consulta médica e/ou tratamentos de medicina física de reabilitação, terapia ocupacional e terapia da fala, iv) doentes submetidos a transplante renal, hepático e pancreático, considerando-se os seguintes prazos após alta hospitalar: 3 meses para transplante renal e 6 meses para transplante hepático e pancreático, devendo na prescrição ser indicada a data da alta e v) doentes oncológicos cujo estado geral de saúde incapacite a deambulação do doente e/ou aconselhe condições especiais de transporte.*

Outra questão que adquire especial importância, e que poderá ser constatado na parte prática deste trabalho, são as restantes modalidades de transporte, também previstas neste regulamento. Assim o seu Capítulo III “*Outras modalidades de transporte*” estabelece ainda outras duas modalidades de transporte, o transporte público (no estudo realizado foi o meio menos vezes utilizado pelos médicos) que deverá ter em conta o meio economicamente mais favorável e a facilidade de acesso do doente e o transporte em táxi onde são estabelecidas em que situações tal meio de transporte é admissível e são elas, quando devidamente explicitadas: i) Insuficientes renais crónicos em Hemodiálise e Diálise Peritoneal Continua Ambulatória, ii) Doentes transplantados após os períodos referidos na alínea d) do artº 4, desde que clinicamente justificado e iii) nas situações em que, havendo justificação clínica para a concessão de transporte, não seja exigível que o mesmo se efectue em ambulância.

Uma análise da restante estrutura do Regulamento permite verificar que o mesmo estabelece regras para a possibilidade de acompanhante do doente (Capítulo IV-7º) e define o circuito que as situações sociais devem seguir, ou seja, todas as situações que tenham esse cariz deverão ser encaminhadas para o Serviço Social, a quem cabe esgotar as possibilidades de encaminhamento dos doentes para a Segurança Social da área de residência. Quando as situações forem devidamente justificadas e após uma avaliação criteriosa (desconhece-se o critério) remete a decisão para o Conselho de Administração ou a quem este tenha delgado competências sobre tal matéria.

Já a questão da alta do doente, mais concretamente o transporte do doente para o seu domicílio, na maioria dos casos, é da responsabilidade do próprio doente pelo que até é recomendado que os serviços clínicos contactem a família para que esta assegure o transporte do mesmo.

De referir, no entanto, que de acordo com a informação interna a que se teve acesso quando se trata de percursos mais longos de doentes com alta tal transporte é preferencialmente acometido às ambulâncias internas como forma de minimização de custos.

#### IV. Circuito de emissão de requisições de transporte

Outra questão que assume particular importância é do circuito de emissão de requisições de transporte dentro da orgânica do HGSA.

Assim, de seguida será explicada a evolução que tal circuito interno, bem como os próprios modelos de requisição, sofreu no espaço dos últimos doze meses devido às alterações entretanto verificadas bem como à alteração do conselho de administração do Hospital.

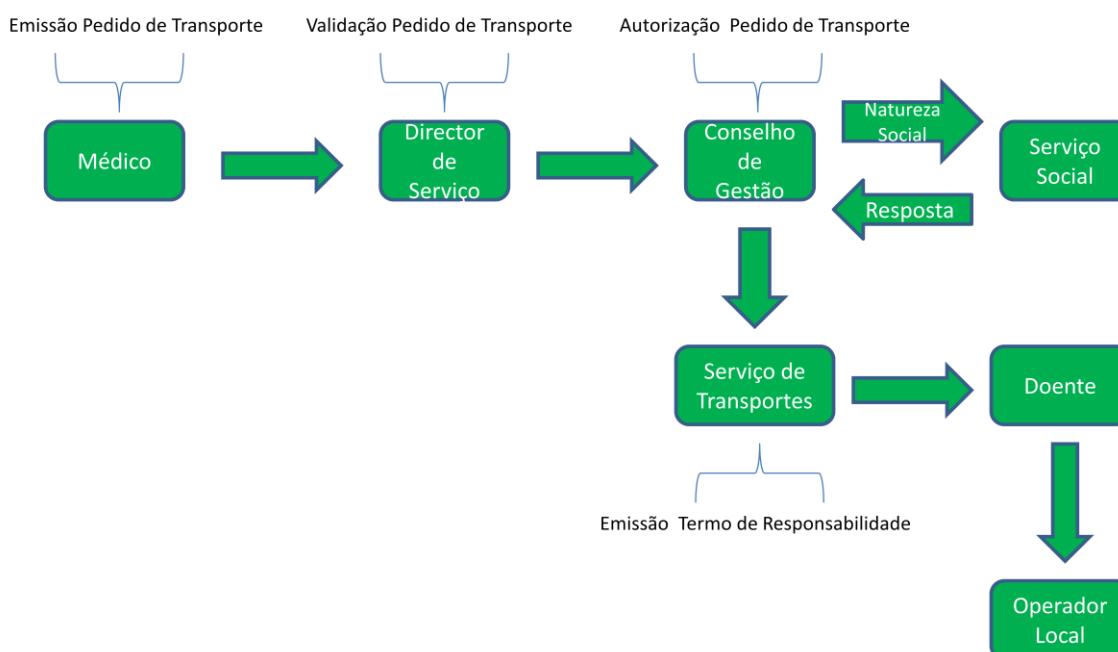
Ainda nos termos do Capítulo V, nº 10º do Regulamento o pedido de transporte é da responsabilidade dum médico (sendo esta uma variável que nunca se alterou com as mudanças que se sucederam), no termos do modelo de requisição à data existente (*Anexo I*), que terá a responsabilidade de fundamentar (fundamento clínico ou social) a sua decisão. Para tal existem matrizes de pedido de transporte (suporte de papel) nos Gabinetes Médicos. Constitui informação necessária: i) a identificação do doente (e episódio associado), ii) identificação do médico prescriptor e iii) justificação enquadrada no presente regulamento. A fase seguinte consiste no envio ao Director de Serviço para validação de toda a informação e simultaneamente responsabilizando o Serviço pelos custos associados (Regulamento Transporte de Doentes, CHP).

Embora a competência para autorizar, nos termos do Regulamento, seja do Conselho de Administração, no caso do HGSA tal tarefa é delegada no Conselho de Gestão. As situações de natureza social deverão ser encaminhadas para o Serviço Social para fundamentação da carência económica com posterior envio por este Serviço da informação ao Conselho de Gestão para autorização final.

Posteriormente o Conselho de Gestão envia a informação para o Serviço de Transportes a quem cabe emitir o respectivo Termo de Responsabilidade nos exactos termos da autorização. No caso em estudo, ou seja os doentes em ambulatório o Serviço faz chegar o termo ao doente, que o usa junto do operador local (*Anexo II*).

Seguidamente, irá ser exposto um fluxograma com as principais etapas deste processo.

Circuito de Emissão Pedidos de Transporte



A autorização de transportes de doentes para o estrangeiro é da competência do Conselho de Administração.

No que diz respeito às responsabilidades financeiras, e ainda segundo o regime anterior, a facturação dos transportes é apresentada ao Serviço de Transportes que inseria e validava a informação remetendo-a ao Serviço de Aprovisionamento no final. No caso de os doentes serem referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários para o CHP, seja por razões médicas seja por razões sociais, para efeitos de transporte em ambulância, serão as instituições que terão a responsabilidade de assumir os respectivos encargos.

Este circuito com aplicabilidade a doentes de ambulatório tinha como principais desvantagens o ser um circuito moroso, em que existiam demasiados intervenientes e com a impossibilidade de emissão de termos com data posterior à deslocação, nos termos da deliberação do Conselho de administração de 02 de Dezembro de 2010.

A partir de 4 de Março de 2011, e por deliberação do Conselho de Administração de 3 de Fevereiro de 2011 foi implementado um novo circuito que pretendia minimizar as desvantagens que o anterior apresentava, sendo simultaneamente elaborada, pela Direcção Clínica, uma nova matriz de pedido de transporte para doentes em ambulatório, em que apenas se contempla a justificação clínica uma vez que a justificação social se encontrava suspensa por indicação da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), tendo esta situação como fundamento razões de ordem técnica, uma vez que não era possível à data verificar a condição económica nos moldes definidos pelo Decreto-Lei nº 70/2010 de 16 de Junho.

No que respeita ao circuito do pedido de transporte este é feito, através da sua impressão, no Portal Interno do HGSA cabendo ao médico preencher os dados (justificação clínica) bem como a validade do pedido. Depois o mesmo é enviado pelo secretariado administrativo (seja consulta externa, hospital de dia, ou outro) ou pelo próprio médico para o Serviço de Transportes, cabendo a este Serviço o registo, no programa SONHO, dos transportes efectuados, mais concretamente preenchendo a área administrativa no diz respeito à data, entidade transportadora, tipo de transporte (entrada/saída) bem como a aposição do carimbo com o respectivo Centro de Custos. É então emitido o Termo de responsabilidade pelo Serviço de Transportes. Posteriormente são enviados os pedidos e os Termos de Responsabilidade, em suporte digital para os directores de departamento.

As vantagens que este circuito documental apresentava em relação ao anterior é a sua grande aplicabilidade a doentes em ambulatório. Este circuito eliminava a intermediação do Director de Serviço e do Conselho de Gestão, sendo a monitorização feita numa fase posterior.

Neste circuito continuava a ser indispensável a existência de uma justificação clínica, uma vez que ainda não era possível aferir a condição sócio-económica, nos termos do constante no Decreto-Lei 70/2010 de 16 de Junho, como já referido anteriormente.

#### V. Regime actual de procedimentos

Por deliberação do Conselho de Administração de Setembro de 2011 e na sequência da publicação da Circular Normativa da ACSS nº 17/2011 de 21 de Julho já explicitada no presente trabalho e que tem por conteúdo, no âmbito dos limites à despesa acordados com a Troika, que no caso concreto dos custos com transporte, impõe uma redução em 1/3 face ao período homologado do ano transacto aos estabelecimentos hospitalares, é estabelecido que até ao final do ano de 2011, fica suspensa a aplicação do Regulamento de Transportes que se encontrava em vigor no CHP, ficando estatuído, que até aquela data, cada

departamento e por semana só poderá prescrever, no âmbito da consulta externa e do MCDT, os seguintes números:

- a) Departamento Ambulatório/ oito prescrições;
- b) Departamento de Medicina / trinta e oito prescrições;
- c) Departamento de Cirurgia/ oito prescrições
- d) Departamento Ortofisiatria/ quinze prescrições
- e) Departamento Sistema Nervoso Órgãos Sentidos/ seis prescrições
- f) CRMI/ oito prescrições

Fica também estabelecido que as prescrições de transporte realizadas são exclusivamente para o próximo acto marcado tendo que ser validadas pelo Director de Serviço e autorizadas pelo respectivo Departamento, sempre dentro dos limites atrás indicados.

Esta deliberação estabeleceu, também que até à conclusão da informatização do processo que se encontra em curso no CHP a prescrição deverá ser feita em suporte de papel, sendo que tal documento deverá ter os seguintes elementos informativos:

- a) Etiqueta com identificação do doente
- b) Unidade e Serviço do Prescritor, identificação deste com nome e nº mecanográfico;
- c) Descrição do acto a que se refere a prescrição com indicação da respectiva data de realização;
- d) Justificação detalhada das razões clínicas ou sociais da prescrição, devendo neste ultimo caso, ser validadas pelo Serviço Social;
- e) Indicar qual o tipo de transporte a utilizar (ambulância, táxi ou transporte publico)
- f) Condições de transporte, caso seja necessário;
- g) Justificação de acompanhante, caso tal se mostre necessário;
- h) Data e assinatura do prescritor

O Serviço de Transportes fica com a incumbência de verificar o cumprimento da totalidade dos requisitos atrás indicados só podendo emitir o respectivo Termo de Responsabilidade após essa verificação.

A deliberação do Conselho de Administração faz duas ressalvas ao estipulado nos pontos anteriores e que são:

- a) Uma relativamente aos termos em vigor para além da data da presente deliberação e que consiste em que os mesmos são válidos nos termos em que o eram ao abrigo do antigo regime, devendo as prescrições de transporte a partir dessa data serem realizadas nos termos dos pontos anteriormente mencionados.
- b) Outra que os doentes pós-transplante renal nos primeiros três meses após o acto cirúrgico, os transplantados hepáticos e reno-pancreáticos nos primeiros seis meses e os doentes em regime continuado de hemodiálise mantêm o anterior regime de prescrição e emissão de termos de responsabilidade

Embora não versando sobre a temática deste trabalho mas a titulo informativo refira-se que no caso doentes internados, a responsabilidade pelo transporte é do próprio doente ou respectivos familiares, apenas sendo permitida a prescrição de transporte nas situações em que a ausência desta seja, em absoluto, impeditiva da alta do doente e no caso de transferência de doentes para outras unidades hospitalares ou de cuidados continuados.

Face ao exposto e de acordo com o regime vigente os responsáveis pela elaboração da nova matriz tiveram como uma das grande preocupações reduzir ao mínimo possível as situações que pudesse ser consideradas duvidosas, do ponto de vista de justificação clínica e assim desdobraram um conjunto de situações, por exemplo na justificação clínica de doentes com doença comprovadamente incapacitante, sendo as da actual matriz no número de nove (*Anexo III*).



Também no que se refere à modalidade de transporte, ambulância, existiu uma preocupação em criar campos que permitissem discriminar qual o tipo (A1, A2, tipo B ou tipo C) que deveria constar da prescrição sendo que no caso de ambulâncias tipo A1, B e C existe um campo próprio para a justificação de tal escolha.

No que respeita ao pedido de transportes para actos marcados (ida e volta) foram considerados os seguintes campos: i) consulta externa, ii) MCDT- Análises, iii) MCDT- Exames, iv) Cinesiterapia, v) Fisiatria e vi) Hospital de dia (Oncologia, Hematologia Clínica).

Também as condições de transporte passaram a ter um campo próprio sendo os campos enunciados os da: i) ventilação, ii) Oxigénio, iii) monitorização, iv) cadeira de rodas e v) doente acamado.

De referir que também foram criados campos para o “direito a acompanhante” existindo um conjunto de situações previstas para que tal situação seja justificável.

A validação da matriz é feita pelo Director de Serviço cabendo a autorização ao departamento responsável.

De referir que a actual matriz teve por fundamento, na sua integra, o Despacho 7861/2011 de 17 de Maio.

Importa também referir, aliás como o estatuído no Regulamento (entretanto suspenso), mais concretamente no seu Capitulo II, ponto 3º que o transporte de doentes, embora preferencialmente deva ser realizado por ambulâncias do próprio CHP, esta entidade também tem de recorrer a operadores externos que complementem as necessidades existentes. (aliás a análise prática realizada neste trabalho é essencialmente feita aos operadores externos).

Após a análise teórica do tipo de contrato de serviços de transportes utilizado pelo CHP destaca-se que no seu âmbito estão compreendidos o transporte de doentes para outros hospitais bem como para domicílios, nos termos da cláusula 1º da minuta analisada (*Anexo IV*).

Ao transportador não é permitido ceder a sua posição contratual bem como nenhum dos direitos e obrigações decorrentes do contrato sem uma prévia autorização da entidade hospitalar.

Por questão de perceptibilidade do grau de aplicação prática dos contratos celebrados entre o CHP e os prestadores de serviços de transporte externos simultaneamente à análise da sua estrutura do ponto de vista teórico serão feitos comentários que reflectem dias passados no Serviço de Transportes a observar a pratica diária e que poderá ajudar a explicar algumas das dissinergias de que este sector sofre estruturalmente e que decorrem de hábitos e práticas instituídas e algo próprias de instituições de natureza publica.

Assim embora na clausula 5ª do mencionado contrato seja definido que o transporte de doentes terá que se iniciar 30 minutos após a solicitação da entidade hospitalar sendo que em caso de incumprimento poderá o hospital chamar outra entidade, o caso é que por vários motivos, tal não sucede na pratica conduzindo a tempos de demora demasiado longos, embora devidamente monitorizados pelos funcionários hospitalares.

Na realidade e no caso do CHP embora o mesmo tenha contratado com cinco entidades externas para a prestação deste serviço a verdade é que existem uma ou duas que quando são chamadas, por regra, não respondem à chamada conduzindo a que, na realidade, o hospital trabalhe com menos dos que as efectivamente contratadas.

Outra questão que pode ser levantada da análise da minuta do contrato é o facto de, e de acordo com a sua clausula oitava, os prestadores deverem manter todas as viaturas em condições que garantam a qualidade, higiene e segurança do serviço.

Esta obrigação é bastante genérica no que aos requisitos que devem existir nos veículos utilizados para este tipo de transporte diz respeito.

Já que no se refere à formação exigida o número dois da referida clausula exige que a mesma seja a legalmente exigida no caderno de encargos do processo de compra publico que deu origem à contratação.

Por último, este documento estabelece que devem ser feitas avaliações contínuas aos serviços prestados, sendo que embora solicitada essa informação, apenas a minuta de avaliação nos foi concedida, e estabelece que uma avaliação inferior a 12 pontos em dois meses seguidos ou três meses intercalados, implica uma penalização de 5% sobre o valor da facturação mensal assim como o prestador terá a mesma penalização quando tenha sido objecto de duas reclamações por parte dos utentes.

Se em relação à reclamação de utentes não verificamos a sua existência já no que se refere a outras situações merecedoras de penalizações, o mesmo não se pode dizer, uma vez que nenhuma medida, das previstas contratualmente, foi, que seja do nosso conhecimento, aplicada, apesar do esforço acrescido que os funcionários do departamento em causa têm para conciliar os inúmeros fluxos de transporte diários que são feitos, sem esquecer as inúmeras vistorias (trimestrais) realizadas aos veículos dos prestadores contratados dos quais resultam alguns relatórios com carácter mensal e outros trimestral.

Esses relatórios, de acordo com a informação obtida, compreendem, essencialmente, três tipos de indicadores: i) avaliação da facturação, ii) capacidade de resposta e iii) cumprimento dos horários.

Apesar de solicitados Relatórios de Indicadores de Monitorização e Controle do Processo de Gestão de Transportes (internos), não foi possível termos acesso aos mesmos.

De referir que dos transportadores externos, e de acordo com a informação obtida, apenas dois têm ambulâncias com duas macas o que torna mais oneroso o transporte de múltiplos doentes pelos restantes operadores.

#### **4- OBJECTIVOS**

Analisar e comparar as práticas de um hospital no que respeita ao grau de eficiência no exercício da actividade de transporte de doentes não urgente com práticas recomendadas procurando identificar alternativas dentro do princípio de garantia de acesso do cidadão ao SNS ao menor custo possível.

Depois de uma revisão de literatura pelas principais questões como i) a análise da garantia do acesso a cuidados de saúde, ii) a análise da actual legislação de transportes e a sua aplicação prática num hospital, e iii) a análise comparativa com outros modelos internacionais foi estabelecido o objectivo geral deste trabalho e consequentemente os objectivos específicos.

#### **4.1. Objectivo Geral**

Analisar as práticas do Hospital Geral de Santo António no que respeita ao transporte não urgente de doentes, nomeadamente, o grau de conformidade com a legislação em vigor, a comparação com outras práticas conhecidas, a análise da eficiência da instituição e a eventual sugestão de alternativas.

#### **4.2. Objectivos Específicos**

Com base na revisão de literatura efectuada e na sequência do objectivo geral, no presente trabalho, constituem objectivos específicos os seguintes:

- a) Qual o grau de conformidade do Regulamento Interno do CHP com as normais legais em vigor aplicáveis a esta temática?
- b) Existe adequação entre os critérios clínicos definidos e a sua aplicação prática?
- c) Quanto custa o transporte injustificado/inadequado?

### **5- METODOLOGIA**

A informação contida na base de dados que seguidamente será analisada teve como pressuposto um trabalho de campo, quase exclusivo, no Serviço de Transportes, que consistiu na entrevista aos seus principais elementos e na recolha de dados, quer de natureza quantitativa, quer qualitativa, de acordo com a informação disponível.

Para o primeiro objectivo foi realizado uma análise comparativa entre as normas previstas no diploma legal e as disposições do Regulamento Interno do CHP através da atribuição de um determinado peso a cada norma e medida a taxa de conformidade quer da matriz das situações abrangidas pelo transporte (TCSA) quer da matriz das justificações clínicas (TCSC) sendo prevista, no final, a taxa conformidade global (TCG).

Para o segundo objectivo foram criadas quatro variáveis, Transporte Justificado (TJ), Transporte Justificado mas não o meio utilizado (TJnm), Transporte Justificado mas sem sustentação clínica (TJssc) e Transporte Não Justificado (TNJ) tendo sido feita uma análise de campo das situações que se encontravam conformes ou não conformes e do seu peso no universo da amostra.

Para o terceiro objectivo foram criadas três variáveis, o Transporte em Ambulância (TA), o Transporte em Táxi (TT) e o Transporte Público ou Próprio (TP) tendo sido feito uma análise de custos e quantificado o valor de alternativas.

#### **5.1. Fonte de dados**

Foram utilizadas diversas fontes de dados para a realização deste trabalho entre as quais se destacam:

- Legislação sobre Transportes em vigor (Despacho 7861/2011)

- Regulamento Interno do CHP
- Relatório e Contas (2010) do Centro Hospitalar do Porto e informação contabilística – Balancete Geral e Demonstração de Resultados
- Informação sobre produção – Serviço de Informação para Gestão do CHP
- Dados recolhidos (amostra) no Centro Hospitalar do Porto: i) 622 pedidos de autorização de transporte de doente e ii) 525 facturas de transporte de doentes em ambulância e táxi, realizados entre a segunda quinzena de Setembro e a primeira quinzena de Outubro de 2011

## 5.2. Análise de Dados

Este estudo procura realizar uma análise descritiva e comparativa entre a legislação e a regulamentação interna no regime de transportes programados no CHP (HGSA) e por outro lado, procura através de uma amostra de casos, verificar a sua aplicação prática bem como avaliar o seu custo.

No que se refere à análise comparativa entre o normativo legal e o Regulamento, foram criadas duas matrizes onde a referência é o diploma legal; isto é, fez-se uma análise crítica do Regulamento face ao que está previsto legalmente. Para cada matriz definiu-se os itens a analisar sendo atribuídas taxas de conformidade por item.

Assim, por comparação com o que está definido na Lei atribui-se:

- 100% de conformidade, quando a Lei e o Regulamento são coincidentes;
- 0% de conformidade, quando está previsto na Lei e não esta no Regulamento;
- 50% de conformidade, quando a Lei abrange uma população maior que o Regulamento (adultos vs Crianças)
- 90% de conformidade, quando apesar de estar previsto na lei e no regulamento, a primeira é mais exigente que a segunda (ex: obriga a acumulação com mais alguma condição)

## Amostra

Os dados analisados recaíram sobre: i) uma amostra de 622 consultas médicas com transporte associado e ii) 525 facturas de transporte de doentes.

**Definição de amostra** - A selecção do universo, para a constituição de amostra, no ano de 2010, teve em consideração os seguintes critérios:

**Crítérios de exequibilidade** - dada a dimensão da produção do CHP, foi apenas seleccionada a **actividade programada** de uma Unidade: antigo Hospital Geral de Santo António;

**Crítérios de representatividade:** a) uma vez que 70% dos transportes são “requisitados” pela consulta externa (consultas médicas), optou-se por excluir os transportes que provinham do hospital de dia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e do internamento; b) Foram excluídas as especialidades com pouca representatividade (nº de transportes associados a consulta menores que 500 ou cuja actividade é fundamentalmente exercida numa unidade que não o HGSA), sendo consideradas para a amostra 18 especialidades e duas subespecialidade.

**Critérios de adequação** - optou-se por seleccionar as consultas subsequentes para obter maior fiabilidade da amostra. Isto porque se verificou que em algumas primeiras consultas após internamento (médico e cirúrgico) o transporte foi solicitado pelo internamento, o que poderia enviesar a análise, e, noutras vezes, os doentes, também nas primeiras consultas e por desconhecimento, não solicitaram o transporte, apesar da sua condição clínica o permitir.

Neste sentido foi retirada uma amostra do universo de consultas médicas subsequentes de utentes do SNS, de aproximadamente 446 mil episódios. No entanto, se considerarmos os factores de exclusão: a) apenas HGSA; b) especialidades com pouca representatividade excluídas; c) especialidades que têm actividade no HGSA e noutra Unidade do CHP, excluídas (ex: Ginecologia/Obstetrícia; Pediatria; Cirurgia Pediátrica; Neonatologia; Anestesiologia), o universo de consultas passou a 200.877.

### **Pedido de autorização de transporte de doente**

Do universo de aproximadamente 200 mil consultas, foram seleccionados 622 pedidos de transporte (exemplo de casos, *Anexo VII*). Esta selecção foi realizada de forma consecutiva entre a segunda quinzena de Setembro e a primeira quinzena de Outubro de 2011.

De referir que, das 200 mil consultas apenas uma parte destas têm requisição de transporte associado. No entanto, uma vez que não foi possível obter o número de requisições de transportes realizados no ano de 2010 no HGSA, utilizou-se o universo das consultas totais.

Esta amostra é representativa do universo de requisições de transportes, nos termos da forma de cálculo da representatividade da amostra de Mello, F. (1997). Assim para um grau de confiança de 95%, seriam necessários 196 casos, tendo a amostra deste trabalho 622.

Desta amostra foram expurgados, para evitar enviesamentos na análise:

- 16 Casos cujo número de transporte solicitados era inferior a 5 casos (especialidades: Anestesiologia; psiquiatria; pneumologia e gastroenterologia);
- 6 Casos cujo pedido de transporte estava associado a consulta de Cuidados Intensivos;
- 31 Casos cuja justificação clínica não estava legível;
- 9 Casos cujo tipo de transporte não estava identificado;

Sendo assim, os resultados serão apresentados com base numa amostra de 560 consultas com pedido de transporte associado.

A amostra de 560 casos representa 0,3% do universo de consultas das especialidades que têm representatividade no transporte de doentes. No entanto, na selecção da amostra, foram apenas escolhidas consultas com transporte associado. Os dados analisados recaíram sobre o pedido de autorização para transporte de doente nas especialidades indicadas no quadro seguinte:

Especialidade	Peso
Fisiatria	13%
Neurologia	13%
Endocrinologia	9%
Medicina Interna	9%
Ortopedia	8%
Nefrologia	6%
Cirurgia Vascular	6%
Oftalmologia	6%
Hematologia Clínica	6%
Cardiologia	5%

Estas 10 especialidades representam 81% das requisições de transporte de doente.

No tipo de transporte utilizado verificamos que 90% foi realizado por ambulância, 8% em táxi e apenas 3% em transporte público ou próprio.

Foi elaborada uma revisão de cada justificação de transporte por parte de um médico – Dr. António Oliveira e Silva (licença profissional nº 31925) - especialista em medicina interna com experiência em consulta externa. A necessidade de revisão surgiu porque, nos casos de necessidade de justificação clínica casuística, não é possível ser realizada por um não médico. A opção pela especialidade de medicina interna prende-se com o facto de se tratar de uma especialidade eclética e com conhecimento mais abrangente e transversal da prática hospitalar.

### **Facturas de transporte de doentes**

A despesa global do CHP, em 2010, em transporte de doentes foi de 2.051.945,47€. Nesta rubrica estão representadas: i) as ambulâncias; ii) as empresas de transporte, iii) táxis e iv) Outras. Exclui-se esta última rubrica (11.780€).

Optou-se por criar dois grupos: a) transporte por ambulância ou outras empresas de transporte de doentes (TA) e b) táxis (TT).

A amostra refere-se a 525 facturas, do ano de 2011, que representam: i) o transporte de 545 doentes, ii) 900 deslocações e iii) 78.500€ de despesa.

A amostra representa em termos financeiros 4% da despesa global em transportes, assumindo que a despesa em transportes do ano de 2011 foi equivalente à do ano 2010. Esta amostra foi possível uma vez que muitos fornecedores de ambulâncias (maior representatividade da amostra) optam por facturas mensais ou trimestrais, sendo possível a recolha de maior quantidade de informação.

De referir que, nas facturas de transporte de doentes, 525 casos, não foi possível, em todos os casos, fazer uma correspondência entre o pedido de autorização e a emissão de factura.

### 5.3. Variáveis em estudo

#### I. Conformidade legal

Para análise comparativa entre o Despacho 7861/2011 e o Regulamento Interno de transportes do CHP foram calculadas 3 variáveis:

- Taxa de conformidade das situações abrangidas pelo transporte (TCSA)
- Taxa de conformidade das justificações clínicas para o transporte (TCJC)
- Taxa de conformidade global de autorizações de transporte (TCG)

Nas duas primeiras variáveis a “pontuação” total foi calculada por média ponderada da conformidade do regulamento face à Lei para as duas matrizes: i) situações abrangidas pelo transporte e ii) justificação clínica para o transporte.

Na terceira variável – taxa global – considerou-se que ambas as taxas de conformidade – situações abrangidas e justificações clínicas – tinham a mesma importância e como tal foi atribuída a ponderação de 50%. Isto é:

Taxa global de Conformidade = (TCSA + TCJC) / 2

#### II. Transporte de doentes

Na amostra, para cada caso de pedido de transporte de doente foi retirada a seguinte informação:

- Identificação da especialidade
- Justificação clínica pré-definida/parametrizada
- Justificação clínica casuística (“causa clínica que motiva a requisição de transporte”)
- Tipo de transporte

De referir que, no impresso de solicitação de autorização para transporte de doente estão pré-definidas/parametrizadas as sete causas que justificam o transporte:

Código	Justificação pré-definida
1	Doentes com alterações neurológicas que acarretam riscos para os próprio ou para terceiros
2	Doentes com problemas do aparelho locomotor
3	Doentes com patologia médico/cirúrgica que condicione significativa incapacidade funcional em repouso ou para actividade mínimas de vida diária
4	Hemodiálise/diálise
5	Transplante renal
6	Transplante hepático ou reno-pancreático
7	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

No entanto, para além da selecção de uma destas justificações, o médico, que requisita o transporte, deverá identificar, para os códigos 1, 2 e 3, o diagnóstico clínico e explicitar as incapacidades que motivaram a requisição de transporte – justificação clínica casuística. De referir que a atribuição do código foi arbitrária e usada para facilitar a análise.

Apesar de os casos sociais não estarem pré-definidos no impresso do CHP (apesar da legislação prever situações de insuficiência económica), esta justificação surgiu em 4 casos, representando 1% do total:

10	Caso social
----	-------------

Tendo como objectivo o estudo da adequação do transporte de doentes, definiram-se quatro variáveis:

- TJ – transporte justificado
- TNJ – transporte não justificado
- TJnm – transporte justificado mas não o meio utilizado
- TJssc – transporte justificado mas sem sustentação clínica explícita

Para a atribuição de critério de transporte (e do meio utilizado) foi utilizada a legislação em vigor (artigo 3º e 4º do Despacho nº 7861/2011 de 31 de Maio). Esta norma legal define os meios de transporte que podem ser utilizados, as situações que justificam o pedido do transporte em ambulância e a obrigatoriedade de registo no SAM (*software* de apoio à actividade médica) das seguintes informações: justificação clínica da prescrição de transporte, da modalidade de transporte, do tipo de ambulância no caso de recurso a este meio, das condições de transporte (por ex. sem necessidades especiais, necessidade de oxigénio suplementar, doente acamado, monitorização de parâmetros vitais) e da necessidade de acompanhante se tal for julgado necessário. Nas situações do código 1, 2 e 3 a causa clínica que motiva a requisição de transporte foi revista por um médico especialista em Medicina Interna.

Assim, as variáveis são definidas como:

**TJ** – A situação clínica pré-definida/parametrizada e a explicitação da incapacidade que motivaram a requisição de transporte estão devidamente preenchidas/justificadas e se enquadram no Despacho 7861/2011.

**TNJ** - A situação clínica pré-definida/parametrizada e/ou a justificação da causa clínica que motivaram a requisição de transporte não estão devidamente preenchidas/justificadas e não se enquadram no Despacho 7861/2011. De referir que, quando a justificação médica é do tipo generalista, não foi considerada válida. Exemplos: epilepsia; psoríase; anemia crónica; ulcera; pé diabético; bypass; tratamento fisioterapia; ... e justificações do tipo: anca; perna; cardio vascular; pé; dificuldade de deambular). Estes exemplos, por si só, não determinam a necessidade de transporte que, na maioria das situações, foi em ambulância. O estadió de gravidade e/ou as complicações associadas a estas doenças e que sejam causa de incapacidade comprovada, é que podem determinar a necessidade de transporte diferenciado.

**TJnm** - A situação clínica pré-definida/parametrizada e a justificação da causa clínica que motivaram a requisição de transporte estão devidamente preenchidas/justificadas e se enquadram no Despacho 7861/2011. Alguns exemplos: doentes em cadeiras de rodas; dificuldade de locomoção; amputações de membros,...). Estes exemplos foram considerados como justificados, uma vez que a legislação em vigor assim o determina.



No entanto, para a justificação do transporte em ambulância (art 4º do Despacho 7861/2011), não é suficiente a invocação do diagnóstico ou situação patológica - é necessária a explicitação da incapacidade que obriga à requisição desse meio diferenciado.

Para a avaliação da adequação do meio de transporte solicitado, foram revistos o motivo clínico expresso na requisição de transporte e o grau de incapacidade associado. Quando a modalidade de transporte não estava justificada, considerou-se que se poderia ter recorrido a outro meio. Como exemplo: transporte por ambulância que poderia ser por táxi ou transporte público.

**TJssc** – A situação clínica pré-definida/parametrizada está devidamente preenchida/justificada e se enquadra no Despacho 7861/2011 faltando, no entanto, a explicitação da incapacidade (por ex. incapacidade de se deslocar pelos próprios meios). Exemplos: esclerose múltipla; acidente vascular cerebral; arteropatia; Hemofilia; melanoma; leucemia mieloide crónica;...).

De referir que, nos casos em que estas doenças estão previstas na legislação, apesar da justificação clínica não ser a mais adequada, foi considerado o transporte como justificado. Exemplo: no Despacho 7861/2011 está previsto transporte em ambulância no caso de doenças do foro oncológico; assim, apesar de em muitas situações não ser necessário o transporte em ambulância considerou-se o transporte justificado.

### III. Despesa no transporte de doentes

Foi ainda recolhida informação económico-financeira, através de uma amostra de 525 facturas de transporte do ano de 2011, de onde se extraíram os dados seguintes:

- Identificação do tipo de transporte
- Nº de doentes transportados
- Nº de Km percorridos
- Nº de deslocações – cada deslocação corresponde a duas viagens (local de saída – hospital - local de chegada)
- Nº de horas de espera
- Valor de espera (€)
- Valor total da factura (€)

De referir que, apesar do transporte de doentes estar sujeito a IVA, nesta análise e uma vez que o Hospital é uma entidade isenta de IVA, assumiu-se o IVA como custo.

Neste trabalho foi recalculado o valor facturado por táxi e ambulância (de acordo com informação contida nas facturas), isto é, número de km percorrido \* preço do km \* Numero de deslocações + valor do tempo de espera, com base na informação contida em cada factura.

Os indicadores definidos foram:

- Custo Médio por Deslocação
- Custo Médio por Kilometro
- Custo Médio por Doente

Para permitir o cálculo de:

- Custo do transporte não justificado (CTNJ)
- Custo do transporte inadequado (CTJnm)

Assim, as variáveis são definidas como:

- TA – Transporte em ambulância
- TT – Transporte em táxi
- TP – Transporte público ou próprio
- Custo Médio por Deslocação  $i$  –  $\sum$  despesa total  $i$  / Número total de deslocações  $i$   
Sendo  $i$  o transporte em ambulância ou táxi (TA ou TT)

O custo médio por deslocação é o valor médio que cada requisição de transporte custa, incluindo a ida ao hospital e regresso ao domicílio/outro. Neste cálculo foi ajustado pelo número de km percorridos.

- Custo Médio por Kilometro  $i$  –  $\sum$  despesa total  $i$  / Número total de kilometros percorridos  $i$   
Sendo  $i$  o transporte em ambulância ou táxi (TA ou TT)
- Custo Médio por Doente  $i$  –  $\sum$  despesa total  $i$  / Número total de doentes transportados  $i$   
Sendo  $i$  o transporte em ambulância ou táxi (TA ou TT)

O custo médio por doente é o valor médio que cada doente custa, num período de tempo, incluindo todas as deslocações ao hospital.

- Custo do transporte não justificado (CTNJ) – Custo Médio por Deslocação  $i$  \*  
Número de transportes não justificados  $i$   
Sendo  $i$  o transporte em ambulância ou táxi (TA ou TT)
- Custo do transporte inadequado (CTJnm) – (Custo Médio por Deslocação  $i$  \*  
Número de transportes justificados mas não o meio utilizado  $i$ ) – (Custo Médio  
por deslocação  $j$  \* Número de transportes justificados mas não o meio utilizado  $j$ )  
Sendo  $i$  o transporte em ambulância ou táxi (TA ou TT) – que foi utilizado  
Sendo  $j$  o transporte em táxi ou publico (TT ou TP) – que deveria ser utilizado

Calculou-se o custo total do transporte justificado mas não o meio utilizado e subtraiu-se o custo total do transporte se tivesse sido realizado por outro meio (mais adequado)

De referir que, apesar do transporte de doentes estar sujeito a IVA, nesta análise e uma vez que o Hospital é uma entidade isenta de IVA, assumiu-se o IVA como custo.

## 6- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Optou-se por, na apresentação de resultados, responder às três questões elaboradas na aliena no capítulo 4.

### 6.1. Qual o grau de conformidade do Regulamento Interno do CHP face às normas legais em vigor?

Para maior facilidade de exposição dos dados recolhidos e dos resultados obtidos são seguidamente apresentadas duas matrizes comparativas do grau de conformidade do Regulamento do CHP face às disposições legais nas duas questões que maior importância tem para esta temática.

Com a referida apresentação serão também explicadas algumas especificidades de um diploma face ao outro que sob esta forma de apresentação torna-se algo redutor.

#### SITUAÇÕES ABRANGIDAS PELO TRANSPORTE NÃO URGENTE

	Despacho 7861/2011	Regulamento CHP	Taxa Conformidade
Consultas, exames, MCDTs (internamento/urgência)	√	√*	100%
Transporte p/residência após alta	√	√	100%
Transferências inter-hospitalares	√	√	100%
Situação iniciativa própria	√**	X	0%
Consultas, exames, MCDTs (consulta externa)	√	√*	100%
<b>Taxa de Conformidade das situações abrangidas</b>	<b>80%</b>		

*\* O Regulamento do CHP discrimina entre internamento/urgência e consulta externa*

*por oposição o diploma legal é mais genérico não o fazendo*

*\*\* Sempre que pela triagem de Manchester tenha*

*sido atribuída a cor vermelha, laranja ou amarela ao doente*

Da análise da matriz acima exposta e da interpretação comparativa de ambos os diplomas podemos concluir que as situações abrangidas pelo transporte no Despacho 7861/2011 são bastante mais abrangentes do que o Regulamento do CHP. A taxa de conformidade das situações abrangidas do Regulamento face à Lei é de **80% (TCSA)**.

Enquanto este ultimo, para efeitos de consultas, exames e exames complementares de diagnóstico, discrimina entre situações de doentes que se encontram internados ou em episódios de urgência dos doentes seguidos em consulta externa encontrando-se cada uma das situações perfeitamente autonomizada, o diploma legal apenas estabelece que as situações de transporte para consultas, tratamentos e ou exames complementares de diagnóstico se encontram abrangidas pelo transporte não urgente sem fazer qualquer distinção do perfil do doente ou do tipo de episódio.

Também no caso de “transporte para residência após alta”, ao contrário do diploma legal que apenas estabelece como requisito que tal seja clinicamente justificado e mediante requisição da entidade que o autorizou, o Regulamento distingue entre as situações de alta após internamento, de alta após um episódio de urgência, sendo esta distinção feita de

forma a existir uma distinção de qual o centro de custos ao qual é imputado o encargo com o transporte.

A situação é semelhante nas “transferências inter-hospitalares”. Também aqui há distinção entre “doente internado” e “decisão do Serviço de Urgência”. O termo “transferências inter-hospitalares” deve ser entendido como referido a transferências com carácter definitivo sendo que as restantes, ou seja, as resultantes de episódio de urgência ou internamento mas sem carácter definitivo, estão incluídas no item “consultas, tratamentos e/ou MCDTs (internamento/urgência)”.

Por ultimo, o diploma legal define uma situação que não foi prevista no Regulamento e que abrange a circunstância em que o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) não reconheceu a necessidade de transporte urgente. Se o doente ou um seu familiar o fizer por iniciativa própria e posteriormente vier a ser reconhecida essa necessidade através de uma de três situações: i) justificação clínica emitida pelo Serviço de Urgência, ii) a situação de urgência tenha sido considerada, segundo a triagem de Manchester, de cor vermelha (emergente), cor laranja (muito urgente) ou iii) se o doente foi triado como urgente (cor amarela) e a necessidade de transporte foi confirmada pelo médico, o transporte é considerado justificado. Para esta situação de inconformidade foi atribuído um peso de 0% do Regulamento face ao normativo legal, uma vez que a mesma não está de todo prevista no Regulamento.

No global, a taxa de conformidade das situações abrangidas (TCSA) é de 80%.

Para além das situações que dão direito a transporte é necessário que as mesmas estejam clinicamente justificadas, de acordo com os termos definidos.

Também, neste caso, foi feita uma matriz comparativa entre o diploma legal e o Regulamento:

#### JUSTIFICAÇÕES CLÍNICAS PARA O TRANSPORTE NÃO URGENTE

	Despacho 7861/2011	Regulamento CHP	Taxa Conformidade
Doença comprovadamente incapacitante:	---	---	100%
<i>Sequelas motoras de doenças vasculares</i>	✓	✓	100%
<i>Transplantados</i>	✓	✓*	90%
<i>Insuficiência cardíaca e respiratória grave</i>	✓	✓	100%
<i>Perturbações visuais graves</i>	✓	✓	100%
<i>Doenças do foro ortopédico</i>	✓	✓	100%
<i>Doenças neuromusculares (genética ou adquirida)</i>	✓	✓	100%
<i>Doenças do foro psiquiátrico</i>	✓	✓**	50%
<i>Doenças do foro oncológico</i>	✓	✓	100%
<i>Queimaduras</i>	✓	✓	100%
<i>Insuficientes renais crónicos</i>	✓	✓	100%
Grandes acamados	✓	✓	100%
Doentes com imunodepressão	✓	X	0%
Mulheres com gravidez de risco	✓	X	0%
Doenças infecto-contagiosas	✓	X	0%
Doentes com suporte ventilatório artificial	✓	✓	100%
<b>Taxa de Conformidade das Justificações Clínicas</b>	<b>78%</b>		

\* A lei apenas prevê o transporte quando existir indicação expressa do Serviço; no Regulamento não existem limitações

\*\* Apenas são abrangidos jovens e crianças

Enquanto o diploma legal estabelece como critério geral a existência de “doença comprovadamente incapacitante” discriminando um conjunto de patologias/diagnósticos concretos que, cumulativamente se têm de verificar (em itálico no quadro); o Regulamento estabelece dois critérios gerais para que haja justificação clínica e que são: i) a existência de doentes com suporte ventilatório artificial e ii) doentes com deficiência motora traduzível em incapacidade de locomoção.

No fundo, grande parte das situações discriminadas que o diploma legal considera como “doença comprovadamente incapacitante” acabam por ser abrangidas pelo Regulamento desde que estas se traduzam em incapacidade de deambulação.

São excepção a estas situações os casos de doentes com imunodepressão, mulheres com gravidez de risco e doenças infecto-contagiosas que não se encontram, de forma alguma, prevista no Regulamento embora estejam previstas por Lei. Daí, nesta situações, ter sido atribuída uma taxa de conformidade de 0%.

Existirá, ainda, uma situação em que o Regulamento é restritivo face ao diploma legal e que é a situação em que enquanto este ultimo prevê as doenças do foro psiquiátrico, sem estabelecer qualquer limitação de idade o Regulamento apenas prevê as “crianças e jovens deficientes de paralisia cerebral (...)”, não se descortinando qual o motivo para tal diferenciação/limitação. Neste caso, em que existe uma conformidade parcial foi atribuída uma taxa de 50%.

Por último, os insuficientes renais crónicos encontram-se abrangidos pelo transporte em táxi no texto do Regulamento. O diploma legal estabelece como critério para a utilização desta e de outra modalidade de transporte (transporte publico), que esse transporte seja feito na modalidade mais adequada à situação clínica do utente e de acordo com critérios de racionalidade económica, desde que não esteja presente uma situação de incapacidade comprovada em que a modalidade de transporte escolhida deverá ser a ambulância. Este será um ponto para debater na alínea seguinte deste trabalho. Face ao exposto foi atribuída uma taxa de conformidade de 90%.

No global a taxa de conformidade das justificações clínicas (TCSC) é de 78%.

A taxa de conformidade global (TCG) é de **79%**

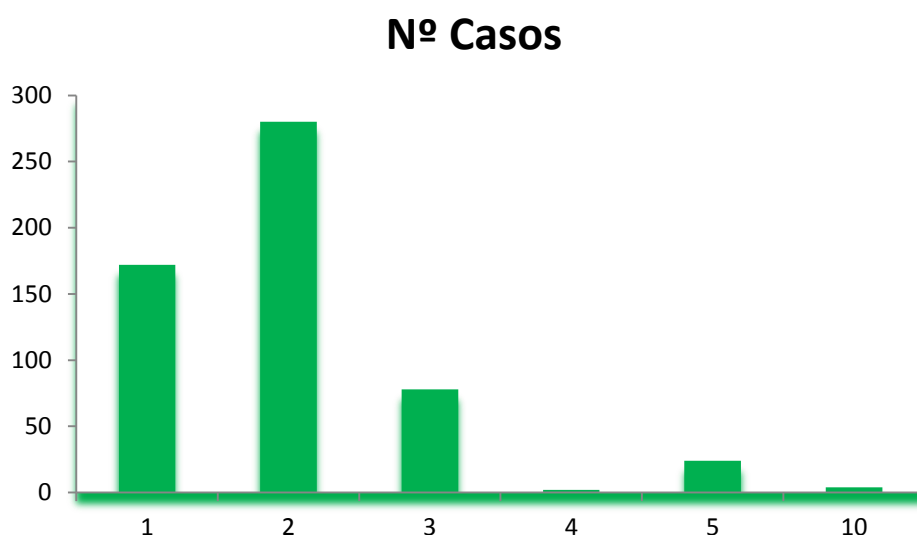
## **6.2. Existe adequação entre os critérios clínicos definidos e a sua aplicação prática?**

Da amostra de 560 casos de pedidos de autorização para transporte de doentes em consulta externa (subsequente) no HGSA, foi realizada uma análise quantitativa e qualitativa (revisão da justificação da causa clínica por um médico bem como o meio de transporte utilizado).

O motivo clínico responsável pelo maior número de requisições de transportes no HGSA prende-se com problemas do aparelho locomotor, com cerca de 50%:

Código	Justificação pré-definida	Nº	Peso
1	Doentes com alterações neurológicas que acarretam riscos para os próprio ou para terceiros	172	31%
2	Doentes com problemas do aparelho locomotor	280	50%
3	Doentes com patologia médico/cirúrgica que condicione significativa incapacidade funcional em repouso ou para actividade mínimas de vida diária	78	14%
4	Hemodiálise/diálise	2	0%
5	Transplante renal	24	4%
10	Caso social	4	1%
		560	100%

Em termos gráficos,



Os doentes com alterações neurológicas são responsáveis por 31% das requisições de transporte. Os diagnósticos mais frequentes são: Demências; Alterações mentais graves; Acidentes Vascular Cerebral, Esclerose Múltipla; Paralisia Cerebral, entre outras. Nestas situações, o tipo de transporte mais utilizado é a ambulância, que representa 90% dos transportes, sendo que o táxi e a utilização de transporte próprio/público têm ambas um peso de 5%.

Os doentes com problemas no aparelho locomotor são os que representam um maior peso no transporte de doentes – 50%. Os diagnósticos mais frequentes são: Alectuamento; Apoio Físico para Locomoção (Canadianas); Fracturas de Membros; Amputação de Membros; Artrite Reumatóide; Dificuldade de Locomoção; Paraplegia. Nestas situações, o tipo de

transporte mais utilizado é a ambulância que representa 92% dos transportes, seguido do táxi com 7% e o transporte próprio representa apenas 1%.

Os doentes com Patologia Médica e/ou Cirúrgica representam 14% das requisições de transporte de doentes. Os diagnósticos mais frequentes são: Doença Oncológica e Insuficiência Cardíaca. O transporte mais requisitado é a ambulância com um peso de 90%, seguido do táxi com 7% e o transporte próprio com 3%.

O número reduzido de transportes requisitados para doentes que realizam hemodiálise prende-se com o facto da maioria destes doentes realizarem os seus tratamentos em unidades privadas. O hospital não tem um Centro de Hemodiálise para o tratamento do doente renal crónico, apenas realiza hemodiálise em ambulatório a doentes com um estágio de doença e/ou com doenças associadas que o “obrigam” a tratamento em hospital de agudos.

De referir que, no caso dos transplantados, a lei prevê que só o serviço hospitalar responsável pela transplantação pode justificar o transporte dos doentes. No caso em análise, verificou-se que 100% das requisições de transporte foram solicitadas pelo serviço de Nefrologia (serviço responsável pelo Centro de Transplante Renal) e 70% dos transportes foram feitos por ambulância e os restantes 30% por táxi. De referir que não basta o diagnóstico (transplantado) para ter “direito” ao transporte, sendo necessária a presença de incapacidade demonstrada (no caso do regulamento do HGSA, incapacidade de deslocação).

Apesar de estar previsto no impresso de requisição de transporte os motivos: i) transplantado hepático ou Reno-pancreático e ii) Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, não foram encontrados casos com este tipo de justificação.

### Adequação/Justificação do transporte

Em termos de adequação/justificação do transporte à situação clínica do doente, verificou-se que aquela exista em **85,7%** das situações.

Para o cálculo deste valor considerou-se como justificado o transporte pelas variáveis: i) transporte justificado (TJ); ii) transporte justificado mas, não o meio (TJnm); iii) transporte justificado mas, sem sustentação clínica (TJssc):

	Nº Casos	Peso
TJ	180	38%
TJssc	66	14%
TJnm	234	49%

**TJ – 38%** dos transportes foram considerados justificados. Situações em que a justificação clínica pré-definida/parametrizada e a justificação da causa clínica que motiva a requisição de transporte estão devidamente preenchidas/justificadas e se enquadram no Despacho 7861/2011.

**TJssc – 14%** dos transportes foram considerados justificados mas sem sustentação clínica devida. A justificação clínica pré-definida/parametrizada está devidamente preenchida/justificada e enquadra-se no disposto no Despacho 7861/2011; no entanto, o motivo clínico (situação comprovadamente incapacitante) que motiva a requisição de

transporte não está explícito; isto é, deveria haver justificação adicional para além da menção do diagnóstico (p. ex. incapacidade de se deslocar pelos próprios meios). Alguns casos: esclerose múltipla; acidente vascular cerebral; arteropatia; hemofilia; melanoma; leucemia mieloide crónica;...). De referir que, nos casos em que estas doenças estão previstas na legislação, apesar da justificação clínica não ser a mais adequada, foi considerado o transporte como justificado. Exemplo: no Despacho 7861/2011 está previsto transporte em ambulância no caso de doenças do foro oncológico. Assim, apesar de em muitas situações não se mostrar necessário o transporte em ambulância, considerou-se o transporte justificado.

**TJnm** – em **49%** dos transportes considerados justificados não seria necessário recorrer ao meio de transporte a que se recorreu. A justificação clínica pré-definida/parametrizada e a justificação da causa clínica que motiva a requisição de transporte estão devidamente preenchidas/justificadas e enquadram-se no Despacho 7861/2011; no entanto, a causa clínica que motiva o direito ao transporte em ambulância (art 4º do supra citado diploma), não justifica por si só o transporte em ambulância. Exemplos: doentes em cadeiras de rodas; dificuldade de locomoção; amputações de membros,...). Estes exemplos foram considerados, ainda assim, como justificados, uma vez que a legislação em vigor assim o determina.

Dos **transportes justificados** os pesos relativos das causas clínicas foram:

53,3% - doentes com problemas do aparelho locomotor;

25% - doentes com alterações neurológicas;

16,3% - doentes com patologia médico/cirúrgica que condicione incapacidade funcional significativa em repouso ou para actividade mínimas de vida diária;

4,6% - doentes submetidos a transplante renal

0,4% - doentes em hemodiálise/diálise

0,4% - doentes em que foram invocadas razões sociais.

Dos transportes justificados, 90% foi realizado em ambulância, 8% em táxi e 2% em transporte próprio.

No caso dos doentes oncológicos todos os transportes foram considerados como justificados (68 transportes que representam 12% dos transportes); no entanto, 18% poderiam ser transportados noutro meio e em 9% a causa clínica está pouco sustentada. Isto porque, como já foi dito independentemente da patologia oncológica, a necessidade de transporte prende-se com a incapacidade motora mais do que com a própria doença.

Dos **transportes não justificados**, 69,2% dos pedidos referiam-se a doentes com alterações neurológicas e 30,8% a doentes com problemas do aparelho locomotor.

Dos transportes não justificados, 92,5% foram realizados em ambulância, 2,5% em táxi e 5% em transporte próprio.

Assim,



Justificação pré-definida	TJ	TJssc	TJnm	TNJ	Total
Doente com alterações neurológicas que acarretam riscos para os próprios ou para terceiros	29%	3%	37%	31%	100%
Doentes com problemas do aparelho locomotor	29%	16%	47%	9%	100%
Doentes com patologia médico/cirúrgica que condicione significativa incapacidade funcional em repouso ou para actividade mínimas de vida diária	51%	18%	31%	0%	100%
Hemodiálise/diálise	100%	0%	0%	0%	100%
Transplante renal	36%	9%	55%	0%	100%
Caso social	0%	0%	100%	0%	100%

Os pedidos de transporte motivados por casos sociais, ou seja, relacionados com incapacidade financeira do doente, consideraram-se justificados, já que estão previstos legalmente mas, o meio utilizado não foi considerado adequado, dado que os meios utilizados foram a ambulância e o táxi.

Respondendo à pergunta: Existe adequação entre os critérios clínicos definidos e a sua aplicação prática? Sim, em 85,7% das requisições de transporte.

### 6.3. Quanto custa o transporte injustificado/inadequado?

O transporte de doentes no CHP ascendeu no ano de 2010 a 2.051.945€ (valor estimado em orçamento: 1.700.000€).

As 525 facturas em análise representam: i) o transporte de 545 doentes, ii) 900 deslocações e iii) 78.500€ de despesa.

#### I. Transporte em ambulância (TA)

Na amostra, a despesa em transporte de ambulância foi de 59.389€ que permitiu transportar 428 doentes em 615 deslocações.

O custo médio foi de:

	CM
Deslocação	96,57 €
KM	0,48 €

De referir que, neste cálculo está incluído o valor global facturado, isto é, quando é necessário o pagamento adicional de apoio em ambulância, este, está abrangido (ex: oxigénio)

O preço médio por KM calculado pela análise casuística realizada nas facturas (excluído o tempo de espera) está de acordo com o valor definido legalmente – 0,48€.

Na confirmação dos valores facturados em transporte por ambulância, verificou-se que estes estavam de acordo com regras definidas.

Em média, cada deslocação percorre 207 km.

## II. Transporte em táxi (TT)

A despesa de transporte em táxi, na amostra, foi de 19.038€ que permitiu transportar 117 doentes em 285 deslocações.

O custo médio foi de:

	CM
Deslocação	66,80 €
KM	0,45 €

Neste cálculo está incluído o valor global facturado, isto é, inclui portagens, e preços diferenciados, dependendo de ser dia útil, fim-de-semana ou noite.

Em média, cada deslocação percorre 183 km.

Para ser possível a comparação entre o custo médio por deslocação em ambulância e táxi, ajustou-se o custo médio por deslocação de táxi aos quilómetros percorridos em ambulância. Assim,

O custo médio corrigido foi de:

	CM
Deslocação	75,43 €
KM	0,45 €

Assim, o custo médio por deslocação por táxi para um percurso com 207 km é de 75,43€.

Neste trabalho foi recalculado o valor facturado por táxi e ambulância (de acordo com informação contida nas facturas), tendo-se concluído que no caso do transporte por táxi, as facturas estavam incorrectas, isto é, o valor global facturado, em algumas facturas, era superior ao valor devido. Esta correcção implicou um aumento do custo por km percorrido de 0,11€.

Quantos transportes foram realizados em 2010 no CHP?

No âmbito deste trabalho não foi possível obter informação quanto ao número de transportes realizados no hospital em 2010. No entanto, estimou-se em 22.395 transportes através de:

- Despesa total de transporte em ambulância e táxi (1,765M€ e 0,275M€, respectivamente)
- Custo Médio por Deslocação em ambulância e táxi (96,5€ e 66,8€, respectivamente) – o valor utilizado para este cálculo foi o custo médio por deslocação em táxi sem correcção uma vez que o objectivo é determinar o valor real do número de transportes realizados no hospital

Pela divisão da despesa total de transporte em ambulância pelo custo médio da deslocação em ambulância, obteve-se o número de transportes efectuados – 18.282 transportes

Pela divisão da despesa total de transporte em táxi pelo custo médio da deslocação em táxi, obteve-se o número de transportes efectuados – 4.113 transportes

### Quanto custa o transporte injustificado (CTNJ)?

Da análise das requisições de transporte verificamos que existiam 80 autorizações que não estavam justificadas. Os custos destas deslocações são de: 7.725€ (Média ponderada por tipo de transporte: preço médio por deslocação X número de casos injustificados).

Se considerarmos a amostra representativa e inferirmos sobre todas as autorizações, significa que 14,3% dos transportes não são justificados (capítulo anterior), o que significa **3.202** transportes não justificados. Donde se conclui:

	CM Deslocação	TNJ	CMxTNJ
Ambulância	96,57 €	2.962	286.055,47 €
Táxi	75,43 €	240	18.117,03 €
<b>Total</b>		<b>3.202</b>	<b>304.172,50 €</b>

CM – Custo Médio

Os **transportes não justificados** representam cerca de 304.000€ de despesa.

### Quanto custa o transporte inadequado (CTJnm)?

Da análise das requisições de transporte verificamos que existiam 234 autorizações cujo tipo de transporte poderia ser diferente do utilizado.

Em 41,7% dos casos do total da amostra, os transportes poderiam ter sido realizados por outro meio, que não, o utilizado (nota: dos transportes justificados os TJnm representam 49%) o que representa no universo do CHP **9.338** transportes.

O custo do transporte justificado mas, não o meio utilizado (CTJnm) foi de 891.674€.

	CM Deslocação	TJnm	CMDxTJnm
Ambulância	96,57 €	8.860	855.550,51 €
Táxi	75,43 €	479	36.123,61 €
<b>Total</b>		9.338	<b>891.674,12 €</b>

CM – Custo Médio

Uma vez que o número de deslocações por táxi foi reduzido e dada a dificuldade de estimar o valor do transporte público ou próprio (alternativa ao táxi), calculou-se o valor do custo em transporte alternativo como sendo realizado por táxi.

Assim, se as 9.338 deslocações tivessem sido realizadas em táxi, o custo seria de 704.410€.

	CM Deslocação	TJnm	CMDxTJnm
Táxi	75,43 €	9.338	<b>704.410,33 €</b>

CM – Custo Médio

Logo, se estes transportes fossem realizados em táxi em detrimento da ambulância a poupança seria de **187.263 €** (891.674€ - 704.410€).

## 7- DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Na análise da conformidade do diploma legal com o Regulamento teve que ser definido o peso de cada inconformidade de acordo com a situação em causa, tendo essa definição sido feita baseada em critérios de razoabilidade, uma vez que não existem critérios objectivos definidos. A análise comparativa foi a que se nos afigurou mais perceptível de entendimento.

Em relação à amostra deste trabalho, a mesma foi obtida através da recolha de informação nas instalações do CHP (HGSA). A mesma apresenta algumas limitações, nomeadamente:

Neste caso não foi possível verificar no sistema informático SAM (sistema de apoio médico) se a requisição de transporte estava registada. O seu registo no processo clínico do doente é uma obrigatoriedade mas não foi possível verificar a sua conformidade. Por outro lado, apesar de ser recomendado o registo dos transportes na aplicação informática específica (AGIT), o CHP não possui este sistema.

A inexistência de registo informático obrigou a uma recolha de informação totalmente manual. Problemas de legibilidade do texto da justificação clínica para o transporte implicaram a exclusão de alguns casos (31).

A incapacidade de obter informação do ano de 2011, quer de produção (consultas por especialidade) quer do volume e tipo de transportes, quer do valor gasto em deslocações, implicou a necessidade de utilizar esta informação em referência ao ano de 2010. No entanto, as amostras, quer de pedidos de autorização de transporte quer de facturas de transporte são do ano de 2011 (ultimo trimestre). Apesar de não ser coincidente o ano, tal facto não representa uma limitação significativa uma vez que apenas se poderá estar a

subestimar o custo médio de transporte; tendo em atenção que, tal como aconteceu nos anos anteriores, o valor de transportes apresentam uma tendência de crescimento.

Acresce que a bibliografia nacional existente sobre este tema é muito escassa, resumindo-se ao Estudo levado a cabo pela Entidade Reguladora da Saúde em 2007, tendo-se que ter socorrido de bibliografia anglo saxónica, gerada pelo NHS Britânico.

Considerou-se a amostra representativa (560) após: i) inferir sobre o número de transportes realizados no hospital no ano de 2010 (22.000), representando cerca de 2,5% do universo de transportes e ii) ter sido aplicada uma fórmula estatística para aferir da representatividade da amostra.

No que respeita à definição das variáveis na hipótese 2 optou-se pela separação clara do transporte justificado do transporte não justificado.

De referir que, o transporte não justificado não significa que ele não devesse ocorrer, apenas se conclui que, de acordo com a informação registada no pedido de transporte, não existe fundamento escrito para a sua realização.

Do mesmo modo, para o transporte justificado, e uma vez que não foi possível aceder ao processo clínico do doente, o facto de estar fundamentado e registado de acordo com os requisitos exigíveis levou a que fossem considerados como tal, independentemente de efectiva necessidade do mesmo.

Assim, o critério para a definição das variáveis apenas teve por base a informação escrita na requisição de transporte sem ser possível inferir da efectiva correcção da informação aí inserida.

A título de exemplo desta limitação temos os casos sociais (4).

Na requisição de transporte do CHP não está previsto o motivo social para o transporte apesar de a Lei o prever.

Dos quatro casos encontrados na amostra três foram registados no código 1 (doentes com alterações neurológicas) estando registado na causa clínica que fundamenta o transporte, insuficiência económica.

Este exemplo ilustra o eventual baixo grau de fiabilidade que pode existir na justificação dos pedidos de transporte.

Estes casos foram considerados justificados, uma vez que a Lei o prevê, mas não o meio de transporte que foi utilizado - ambulância (deveria ser em transporte publico).

Para tornar a análise mais robusta e uma vez que as razões/justificações são puramente clínicas fez-se uma análise qualitativa recorrendo a um médico especialista de medicina interna.

Poderia fazer sentido o recurso a outras especialistas, nomeadamente, do sistema músculo-esquelético e/ou de reabilitação, por duas razões: i) a apreciação clínica ganharia mais consistência com pluralidade de opiniões e ii) 50% das justificações pré definidas são incapacidades locomotoras.

No entanto, tal não foi opção devido à necessidade de uma enorme disponibilidade de tempo que um trabalho desta natureza exige. A opção pela especialidade de medicina interna justifica-se, como ficou dito atrás, por se tratar de uma especialidade eclética e com conhecimento abrangente e transversal da prática hospitalar.

Para o cálculo do transporte injustificado e inadequado foi necessário calcular de forma prévia o custo médio por deslocação em ambulância e em taxi (com base da amostra de facturas) uma vez que essa informação não foi fornecida pelo hospital.

## **8- DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

No que à discussão dos resultados diz respeito, e no referente à hipótese 1 deste trabalho, da análise da primeira matriz conclui-se a existência de apenas uma situação de não conformidade entre o Regulamento e o diploma legal e que são os casos em que existe iniciativa própria do utente na “requisição” de uma ambulância para efeitos de transporte tendo posteriormente, por quem competente, ser confirmada a sua necessidade. O Regulamento apenas prevê a situação de transporte ao doente a que é dada alta do episódio de urgência mas não a forma de transporte de como o doente lá chegou. Tal facto conduziu a uma taxa de conformidade, nesta matriz, de 80%

No que se refere às situações clinicamente justificadas e objecto de análise na segunda matriz o termo/critério “doença comprovadamente incapacitante” associado ao conjunto de patologias descritas, utilizado pelo diploma legal pode tornar este mais restritivo do que o Regulamento uma vez que este apenas estabelece como critério a “incapacidade de deambulação”, sem discriminação de patologias o que faz com que possam existir determinadas situações que não se encontrem contempladas pelo diploma legal e que o sejam pelo Regulamento. Nesta matriz a taxa de conformidade do Regulamento foi de 78%

Situação contrária será a possibilidade de o Regulamento, nos casos de doenças do foro psicológico, não se encontrar em total conformidade com o quadro legal, uma vez que este estabelece a limitação de apenas as crianças e os jovens com doenças dessa natureza estarem abrangidos podendo ser levado a concluir-se que segundo o Regulamento os adultos com doenças desta natureza não se encontram abrangidos. Neste caso a taxa de conformidade atribuída foi de 50%.

Também não se compreende a situação dos insuficientes renais crónicos estarem no Regulamento definidos como sendo utentes de utilização da modalidade de transporte, táxi, quando, existirão situações, em que os portadores de tal doença poderiam utilizar o transporte público.

Por último, e já não situações de tipo restritivo mas sim, de exclusão temos os utentes com as patologias de imunodepressão, mulheres com gravidez de risco e doenças infecto-contagiosas que se encontram previstos no quadro legal como estando enquadrados e por algum motivo foram excluídos do Regulamento do CHP. Nestes casos, a taxa de conformidade atribuída foi 0% uma vez que estas situações não estão conformes.

Pode ser dado como exemplo o doente que tendo uma doença infecto-contagiosa mas que tenha perfeita capacidade locomotora, ainda assim, por razões de saúde pública, tenha de ser transportado em ambulância.

Em termos globais pode-se concluir que o Regulamento do CHP tem um elevado grau de conformidade com a Lei – 79%.

Seguidamente, será discutida uma análise de natureza distinta (hipótese 2) que consiste na aferição de adequação de critérios clínicos definidos à sua aplicação prática. Neste caso, conclui-se que em 85,7 % dos casos existe adequação.

Os motivos clínicos responsáveis pelo maior número de requisições de transportes no HGSA são i) doentes com alterações neurológicas que acarretam riscos para os próprios ou para terceiros, ii) doentes com problemas do aparelho locomotor e iii) doentes com patologia médica cirúrgica que condicione significativa incapacidade funcional, representam 95% dos motivos de pedidos de transporte no CHP.

No transporte justificado conclui-se que em 38% das situações o pedido de transporte estava correctamente preenchido/ justificado.

No que se refere ao transporte justificado mas sem sustentação clínica (14% dos transportes justificados) apesar de ser considerado justificado, numa análise mais rigorosa dos mesmos, poderiam ser considerados não justificados.

Neste tipo de transportes (TJssc) verificou-se na maioria das situações uma falta de coerência clínica entre a escolha do código pré definido e a causa clínica que motivou o transporte. Por outro lado, apesar do diagnóstico poder implicar limitações na deslocação não foi justificado pelo médico a incapacidade de o doente se deslocar pelos próprios meios (ex: acidente vascular cerebral, doença do foro oncológico).

No transporte justificado mas não o meio utilizado (TJnm), (49 % dos transportes justificados), maioritariamente em ambulância, a justificação clínica do pedido de transporte não implica obrigatoriedade de fazer-lo no modo escolhido.

No caso do HGSA, a maioria dos transportes foi realizado em ambulância. Pela análise de facturas, conclui-se que as 408 facturas de ambulância representam 428 doentes transportados, o que significa que apenas em 5% das situações foi transportado mais do que um doente por ambulância. A prática recomendada é o transporte, sempre que possível, de mais do que um doente por ambulância. No caso dos acamados ou quando não existe número suficiente de pedidos de transporte por região, se deverá recorrer a transporte individualizado. A prática corrente, no HGSA, de transporte individualizado implica um acréscimo de custos e a falta de eficiência na gestão dos transportes.

Nos transportes não justificados (14,3% dos transportes realizados) a justificação clínica pré definida/parametrizada e a justificação da causa clínica que motiva a requisição de transporte não devidamente preenchidas/justificadas e não se enquadram no constante do Despacho 7861/2011.

Isto é, não foi identificado nenhum diagnóstico/ doença prevista na legislação nem foi apresentada causa clínica que comprovadamente incapacitasse o doente de se transportar pelos meios próprios.

De referir que, o transporte não justificado não significa que ele não devesse ocorrer, apenas se conclui que, de acordo com a informação registada no pedido de transporte, não existe fundamento escrito para a sua realização.

Assim como, para o transporte justificado, e uma vez que não foi possível aceder ao processo clínico do doente, o facto de estar fundamentado e registado de acordo com os requisitos exigíveis levou a que fossem considerados como tal, independentemente de efectiva necessidade do mesmo.

De referir que em todas estes transportes ser considerado justificado ou não prendeu-se exclusivamente com o que se encontrava registado.

No que se refere ao custo de transporte de doentes este é superior nas ambulâncias quando comparado com os táxis.

De referir que neste trabalho foi recalculado o valor facturado por táxi e ambulância (de acordo com informação contida em cada factura) tendo-se concluído que existem erros nas facturas de táxi que prejudicam o hospital.

De referir, que em estudos já realizados, nomeadamente pela Entidade Reguladora da Saúde, não se chegou à mesma conclusão, sendo provavelmente a razão pela qual o custo de transporte no CHP é superior nas ambulâncias o facto de em apenas 5% dos transportes terem mais que um doente, evidenciando um menor custo por quilómetro percorrido (0,45 €/km do táxi face aos 0,48 €/km da ambulância).

O custo de transporte injustificado ascende a 304.000€, 14,9% da despesa total em transportes, no ano de 2010, no CHP. Tal, não significa concluir uma poupança de igual montante. Isto porque, a injustificação do transporte não significa a sua não necessidade.

O custo do transporte inadequado representa 187.260€ representando 9,2% da despesa total em transportes, no ano de 2010, no CHP (transporte realizado por táxi). Tal situação também não permite concluir uma poupança deste montante, no entanto, pelos exemplos já apresentados (casos sociais), uma parte significativa deste valor poderia ser considerado poupança.

Se, por exemplo, considerássemos que 50% dos transportes inadequados pudessem ser realizados por táxi e os outros 50% pudessem ser realizados pelo preço equivalente ao do subsídio de transporte (0,36 €), o custo de transporte injustificado ascenderia a 257.700 €.

Os casos sociais representam uma percentagem muito reduzida, 1%. A Taxa de Incidência da Pobreza na população da área de referência do HGSA implicaria o recurso a transporte, “financiado” pelo hospital, em maior número. Isto porque, a população abrangida pelo hospital é de 982.000 habitantes (Relatório e Contas de 2010). A taxa de incidência de pobreza (TIP) de Portugal Continental (INE, 2005) é de 23,5%. O que significaria, aplicando-se a TIP, que existiriam cerca de 230.000 habitantes em situação de pobreza na área de referência/influência do HGSA.

## **9- CONCLUSÕES**

No Serviço Nacional de Saúde vigora o princípio do acesso universal, independentemente da condição económica e social do indivíduo.

A garantia de transporte para aceder aos prestadores de cuidados de saúde, quer por necessidade clínica, quer por precariedade económica, estão salvaguardadas pelo ordenamento jurídico português.

O transporte de doentes, não urgentes, é uma área fundamental no acesso a cuidados de saúde. Quando não exercido da forma mais adequada tem consequências, não só ao nível da igualdade de acesso mas, também ao nível da equidade que deve estar presente na distribuição dos recursos, de si escassos.

De facto, desde os tempos da CRP que houve uma preocupação em garantir o acesso de todos, independentemente da sua condição económica, a cuidados de saúde tendo toda a legislação posterior sido nesse sentido.

No entanto, durante este trabalho foi possível constatar que a produção legislativa foi bastante intensa ao longo destes anos, não tendo sido sempre introduzida no ordenamento jurídico da forma mais harmoniosa.



De facto, houve uma sucessão de diplomas ao longo destes anos que não trouxe a estabilidade necessária a este sector, sector este que em termos nacionais, no ano de 2010, representou 150 milhões de euros. (in Publico 13/05/2012).

Também a criação de excepções, como as dadas aos bombeiros e à Cruz Vermelha Portuguesa, de isenção de alvará por contraposição dos requisitos técnicos, sanitários e gráficos exigidos aos restantes operadores conduz a desequilíbrios de forças entre os vários operadores deste mercado. Veja-se o caso das corporações de bombeiros e da sua força negocial.

Tal conduz à prática de irregularidades, não só ao nível interno das estruturas hospitalares, como adiante concluiremos, mas também por parte dos próprios operadores com situações de facturação indevida, facturação de serviços não realizados ou duplicação de facturação.

De referir que da análise de campo se conclui que apesar de existirem contratos de prestação de serviços com alguns operadores privados, os mesmos, não são tidos em consideração nos casos de cumprimento defeituoso ou incumprimento por parte desses operadores.

Acresce que, estamos num período de contenção orçamental tendo este sector, devido à sua importância, sido alvo de legislação específica que estabelece corte de um terço no serviços de transporte de doentes não urgentes. Isto significa que se terá que criar mecanismos de controle da despesa mais efectivos.

No que respeita ao caso concreto do HGSA e à adequação, quer teórica (a nível documental) quer prática, à legislação em vigor, constata-se que a Lei e o Regulamento Interno enquadram de forma parcialmente semelhante o acesso ao transporte.

O diploma legal confere o direito ao transporte em determinadas patologias / condição física e quando, de uma forma cumulativa, o doente apresenta uma patologia a que está associado uma comprovada incapacidade de deslocação pelos próprios meios.

A título de exemplo, o doente oncológico por si só não tem “direito” a transporte. Só o terá quando associado a este diagnostico estiver incapacitado de se deslocar de forma autónoma, isto é, desde que “o estado geral de saúde incapacite a deambulação do doente e/ou aconselhe condições especiais de transporte”.

Assumiu-se neste trabalho que o “direito ao transporte” corresponderia ao transporte em ambulância uma vez que a representatividade deste meio face aos demais é superior a 90%.

Podemos pois, concluir que o Regulamento, na sua maioria, se encontra mais adaptado ao que devem ser os requisitos necessários para se ter direito a transporte. Estes devem incluir como um dos principais critérios a incapacidade de locomoção, sem prejuízo de outros, isto apesar de pela sua própria natureza dever ser o diploma legal o instrumento, por excelência, de definição dos requisitos necessários.

O diploma legal não faz assim, no meu entendimento, a abordagem mais adequada no que respeita à regulação das necessidades de transporte podendo-se concluir, que o Regulamento do CHP encontra-se em conformidade, e em certa situações até é mais abrangente, do que as normais legais.

No que respeita à adequação entre os critérios clínicos estabelecidos e a sua aplicação prática constatamos que, na maioria dos casos - 85,7%, estes estão conformes, isto é, os critérios que se encontram definidos são cumpridos por quem tem essa responsabilidade, no HGSA.

Conclui-se que os doentes com problemas locomotores são os que representam maior peso nas requisições de transportes, sendo o meio de transporte mais utilizado a ambulância.

14,3% dos transportes realizados no ano de 2011 são injustificados. Tal não significa que a sua necessidade não exista mas que, de acordo com a sustentação clínica apresentada, não existe justificação para a sua realização por parte do hospital.

O transporte justificado mas, não o meio utilizado, bem como o transporte justificado sem sustentação clínica, representam 63% dos transportes justificados.

Conclui-se que em 68% dos casos, a justificação do transporte estava incorrecta/imprecisa (TNJ) ou incompleta/mal fundamentada (TJnm e TJssc). Isto significa que existe uma falta de rigor na justificação da requisição de transporte. Sinónimo da importância dada a este facto é a inexistência de mecanismos de controle e de responsabilização no que respeita à requisição de transportes.

A falta de mecanismos de controlo tem significativas consequências ao nível da despesa hospitalar.

Aferir, de uma forma rigorosa, sob a necessidade de transporte, é crucial.

O transporte injustificado ascendeu a 300 mil euros, o transporte inadequado a 180 mil euros, representando, em conjunto, cerca de 24% do total da despesa em transportes.

Assim, independentemente de alterações no actual enquadramento jurídico é fundamental a introdução de mecanismos i) de validação clínica pelos pares e ii) de controle do processo administrativo.

Tais mecanismos irão, obrigatoriamente, introduzir mais eficiência no sistema de transportes do hospital.

## **10- RECOMENDAÇÕES**

Neste capítulo serão feitas recomendações a dois níveis, um de natureza mais macro – Ordenamento Jurídico e outro de natureza mais micro - Hospitalar.

No tocante às recomendações de nível mais macro as mesmas situam-se ao nível do ordenamento jurídico em vigor para o sector de transportes, mais concretamente à legislação que lhe é aplicável.

Uma das recomendações sugeridas era a de o legislador estabelecer outros critérios para a atribuição de transporte não urgente, alterando a legislação actual.

Ao contrário do que se encontra estabelecido no Regulamento legal existente devia tal como acontece noutros ordenamentos jurídicos, exemplo do NHS Britânico, existir protocolos que tivessem como princípio que um doente seria elegível sempre que a sua condição clínica fosse tal que requeresse as competências de suporte clínico durante o transporte e/ou se ele viajasse pelos seus próprios meios pudesse detiorar o seu estado de saúde.

Ou seja, devia ser a sua incapacidade locomotora, o risco de contágio ou a existência da probabilidade de piorar o seu estado de saúde, se viajasse por outro meio (próprio ou não), que deveria determinar a elegibilidade de um paciente para efeitos de direito a transporte não urgente.

Também à semelhança do que existe noutros ordenamentos as entidades/autoridades locais deveriam ser ouvidas, uma vez que cada região tem especificidades próprias (Trás-os-Montes é diferente do Alentejo), quer ao nível de pré definição de trajetos (quem pode garantir que actualmente é sempre escolhido o percurso mais curto?) quer ao nível de concentração de utentes por veículo (se numa aldeia existirem três utentes a necessitar de transporte porque não tentar agrupa-los?), quer ao nível de escolha da entidade que prestará os cuidados de saúde necessários (quem garante que dois utentes a necessitarem dos mesmo cuidados de saúde actualmente recebem esses cuidados na mesma estrutura hospitalar ou de cuidados de saúde primários?).

Outra recomendação prende-se com os chamados casos sociais e seria no sentido de se desburocratizar o processo de elegibilidade para os utentes de baixos rendimentos com, por exemplo, a introdução de informação ao nível do cartão do utente que permitisse constatar tal situação económica, o que já é hoje possível (código de isenção de taxa moderadora número 5 – condição económica). Evidentemente, que o modo de transporte que, nestes casos, deveria ser privilegiado, seria o transporte público.

No referente às recomendações de nível micro, estas prendem-se com as estruturas hospitalares.

A primeira prende-se com a realização, de forma periódica, de dois tipos de auditoria, i) uma de natureza clínica, ao nível dos pedidos de transporte, com o envolvimento dos médicos, de forma a poderem ser apuradas situações de não conformidade (não justificadas), como as que este trabalho atestou, e desenvolver procedimentos para que essas situações tivessem cada vez menor peso no universo de todos os pedidos de requisições; i) outra de natureza administrativa e financeira, no sentido de garantir um processo conforme e onde a facturação traduzisse a efectiva utilização de recursos, deste modo, situações de sobrefacturação ou de facturações incorrectas seriam minimizadas e teriam um peso residual.

Duas características deveriam existir em todas estas auditorias: i) terem um carácter preventivo, com alteração de procedimentos e ii) terem um carácter periódico, ou seja, serem realizadas com regularidade para que a detecção de desvios, independentemente da sua natureza, pudessem ser corrigidos, no mais curto espaço de tempo possível.

Para além destas recomendações, outra sugestão seria a de sensibilizar, as chefias, clínicas e de gestão, para a importância e consequências do transporte adequado, procurando a sua responsabilização. A título de exemplo, os contratos de prestação de serviços estabelecidos com as transportadoras no CHP, actualmente prevêem penalizações pelo incumprimento das regras estabelecidas, no entanto, nunca foi accionado nenhum destes mecanismos.

No seguimento deste trabalho seria interessante participar em algumas dessas auditorias e analisar os resultados obtidos, bem como, aceder ao processo clínico eletrónico para fundamentação da justificação clínica para transporte e, por ultimo, realizar este trabalho já com a aplicação da matriz actualmente em vigor.

Outra sugestão seria a implementação efectiva da aplicação informática específica (AGIT), senão ao nível de um conjunto de Centros Hospitalares de uma determinada região, pelo menos entre as entidades que compõem cada um deles, para a área dos transportes que permitisse uma gestão mais racional dos transportes efectuados quer inter-hospitalares quer intra-hospitalares, nomeadamente ao nível do transporte de mais que um doente por percurso.

## BIBLIOGRAFIA

- BARROS , P.- Economia da Saúde, Capítulos 1 E 7, 2001
- BARROS, P. - Custos e qualidade, 1998
- BÉRESNIAK, A *et al* - Economia da saúde, Climesi Editores, 1999
- BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S.- Defining equity in Health – Journal Epidemiol Community Health, 57, 2003
- CABRAL, M.; SILVA, P.; MENDES, H. - Saúde e doença em Portugal; Inquérito aos Comportamentos e Atitudes da População Portuguesa perante o Sistema Nacional de Saúde.- Lisboa. Imprensa de Ciências Sociais, 2002.
- CAMPOS, C. - Reformas da saúde – o fio condutor, Editora Almedina, 2008
- Circular Informativa nº 2 /2011, de 07/01/2011- Transporte de Doentes Não Urgentes, ACSS. [Consult. 14-Maio-2011] Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/INFormação/Circulares/tabid/100/language/pt-PT/Default.aspx?PageContentID=12>
- Circular Normativa nº 233 / PI de 30 Dezembro 1987, Ex DGCSP
- Circular Normativa nº 12 de 4 Dezembro 2000 –Transporte de Utentes/Doentes no acesso aos Cuidados de Saude - ARS Norte- [Consult. 12 -Maio -2011] Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Circulares%20da%20ARSNorte/Circulares%20Normativas%202000>
- Circular Normativa nº 4 de 13 Junho 2007- Transportes e outros procedimentos relativos a doentes insuficientes renais crónicos - ARS Norte [Consult. 14-Maio 2011 ] Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Circulares%20da%20ARSNorte/Circulares%20Normativas%202007>
- Circular Normativa nº 1 de 5 de Março 2010- Transporte de utentes/doentes no acesso aos cuidados de saúde - Alteração à CN n.º 12/2000, de 4 de Dezembro - ARS Norte [Consult. 18-052011 ] Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Circulares%20da%20ARSNorte/Circulares%20Normativas%202010>
- Circular Normativa nº 17 de 21 de Julho 2011 - Redução dos custos de transporte não urgente de doentes - ACSS [Consult.24-05-2011] Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/INForma%C3%A7%C3%A3o/Circulares/tabid/100/language/pt-PT/Default.aspx?PageContentID=13>

- COSTA, C. – Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização, Revista Portuguesa de Saude Publica, Vol. Temático, 5, 2005
- COSTA,C.; SANTANA, R.; LOPES, S.; BARRIGA, N. – A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português, Revista Portuguesa de Saude Publica, Vol. Temático, 7, 2008
- Dec. Lei nº 584/73 de 6 de Novembro, Diário do Governo, I Série, 1º Suplemento - Nº 259 6 de Novembro de 1973 - Introduz alterações na orgânica e na designação dos Ministérios das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência.
- Dec. Lei nº 203/74 de 15 de Maio, Diário do Governo, I Série -N.º 113 - 15 de Maio de 1974
- Dec. Lei nº 357/82 de 6 de Setembro, D.R., 1ª Série - Nº 206 - 6 de Setembro de 1982 - Concede ao Serviço Nacional de Saúde autonomia administrativa e financeira
- Dec. Lei nº 57/86 de 20 de Março, DR, 1ª Série - Nº 66- 20 de Março de 1986- Regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saude
- Dec. Lei nº 38/92 de 28 de Março, D.R., 1ª Série - Nº 74 - 28 de Março de 1992- Regula a actividade de transporte de doentes
- Dec. Lei nº 97/98 de 18 de Abril, D.R., 1ª Série -A – nº 91 – 18 de Abril de 1998- Regulamenta o Regime de celebração das convenções previstas na Lei 48/90 de 24 de Agosto- Lei de Bases da Saude
- Dec. Lei nº 60/2003 de 01 de Abril, D.R., 1ª Série -A – nº 77 – 1 de Abril de 2003- Cria a Rede de Cuidados de Saude Primários
- Dec. Lei nº 222/2007 de 29 de Maio, D.R., 1ª Série - nº 103 – 29 de Maio de 2007- Definição do novo modelo das Administrações Regionais de Saúde
- Dec. Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, D.R., 1ª Série - nº 38 – 22 de Fevereiro de 2007 Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde
- DELGADO, M. - Governação dos hospitais – A melhoria contínua da qualidade, Casa das Letras, 2009
- Despacho 19965/2008, D.R. 2ª Série - Nº 144- 28 de Julho de 2008- Procede à actualização do pagamento de da prestação de serviços prestados pelas Associações de bombeiros e outras entidades no transporte de doentes
- Despacho 29394/2008, D.R. 2ª Série - Nº 222- 14 de Novembro de 2008- Tabela de preços associada ao transporte de doentes- actualização do valor da taxa de saída
- Despacho 22631/2009, D.R. 2ª Série - Nº 199- 14 de Outubro de 2009- Determina os preços a praticar ao abrigo no nº 4 da clausula VII do acordo para o transporte não urgente de doentes em ambulâncias celebrado com a Liga de Bombeiros.
- Despacho 6303/2010, D.R. 2ª Série - Nº 69- 9 de Abril de 2010-Actualização do preço por quilómetro do transporte de doentes

- Despacho 19264/2010, D.R. 2ª Série - Nº 251- 29 de Dezembro de 2010- Estabelece os requisitos para garantir aos utentes o pagamento do transporte de doentes não urgente
- Despacho 7861/2011, D.R. 2ª Série - Nº 105- 31 de Maio de 2011-Define O Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no âmbito do Serviço Nacional de Saúde
- DH- Eligibility Criteria for Patient Transport Services (PTS), Departament Health Ambulance Policy, 2007.
- DH- Our Health, our care, our say: a new direction for community services, The White Paper, Department of Health, 2006
- DH - The Hospital Travel Costs Scheme Guidance, Departament of Health, 2005
- ERS - Estudo e avaliação do sector transporte terrestre de doentes, Entidade Reguladora da Saúde, 2007
- GIRALDES, M. – Avaliação do SNS em Portugal: equidade *versus* eficiência, Revista Portuguesa de Saúde Publica, V. 23, Nº2 –Julho/Dezembro, 2005
- <http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/hospital-de-santo-antonio>
- <http://www.parlamento.pt/legislacao/paginas/constituicaorepublicaportuguesa.aspx>
- <http://www.min-saude.pt/portal> 2012
- Lei 56/79 de 15 de Setembro, D.R., 1ª Série - Nº 214 – 15 de Setembro de 1979- Cria o Serviço Nacional de Saúde
- Lei 48/90 de 24 de Agosto, D.R., 1ª Série - Nº 195 – 24 de Agosto de 1990- Lei de Bases da Saúde
- Lei 27/2002 de 8 de Novembro D.R., 1ª Série -A- Nº 258 – 24 de Agosto de 1990- Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto
- MELLO, F. – Probabilidades e Estatística, Conceitos e Métodos Fundamentais-Vol. III, Escolar Editora, Lisboa, 1997
- NCCHST- Medicaid Non-Emergency Transportation: Three Case Studies- National Consortium on the Coordination of Human Services Transportation, EUA, 2002
- NHS - Ambulance and Other Patient Transport Services: Operation, Use and Performance Standards, National Health System, 1991
- NHS - “Driving Change”, Good Practice Guidelines for PCTs on Comission Arrangements for Emergency Ambulance Services & Non-Emergency Patient Transport Services, Modernisation Agency, National Health System, 2004
- PEREIRA, J. - Prestação de Cuidados de Acordo com as Necessidades? Um Estudo Empirico Aplicado ao Sistema de Saúde Português, S.M. Vianna e S. Piola (eds.) Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde IPEA, Brasilia, 1995.

- PINTO, C. - Incentivos Fiscais e Equidade no Financiamento da Saúde em Portugal - Comunicação Apresentada no III Encontro de Economia da Saúde, APES, Lisboa, 1993
- Portaria nº 1147/2001 de 28 de Setembro, D.R. 1ª Série -B - Nº 226 - 28 de Setembro de 2001- Aprova o Regulamento de Transporte de Doentes
- Portaria nº 1301-A/2002 de 28 de Setembro, D.R. 1ª Série –B- Suplemento - Nº225, 28 de Setembro de 2002- Altera a Portaria nº 1147/2001, de 28 de Setembro, que aprova o Regulamento do Transporte de Doentes
- Portaria nº 458-A/2004 de 23 de Abril, D.R. 2ª Série - Nº 96- 23 de Abril de 2004- Regulamento Interno do INEM
- Portaria nº 402/2007 de 10 de Abril, D.R. 1ª Série -Nº 70, 10 de Abril de 2007- Altera o Regulamento de Transporte de Doentes, aprovado pela Portaria 1147/2001, de 28 de Setembro.
- Regulamento de Transporte de Doentes CHP
- Relatório e Contas CHP 2009
- Relatório e Contas CHP 2010
- Resolução nº 88/2011 de 18 de Fevereiro, D.R. 1.ª série — N.º 75 — 15 de Abril de 2011- Transporte de Doentes Não Urgentes
- RIBEIRO, J.- Saúde – A liberdade de escolher, Editora Gradiva, 2009
- SIMÕES, J. - Trinta anos do serviço nacional de saúde – um percurso comentado, Editora Almedina, 2010
- SIMÕES, J. - Retrato político da saúde – dependência do percurso e inovação em saúde – da ideologia ao desempenho, Editora Almedina, 2009
- SLOAN, M. *et al.* - A Revolução da qualidade e o serviço de saúde, Editora QualityMark, 1996
- TMDA - Guidance of the Safe Use of Wheelchairs and Vehicle-mounted Passengers Lift, The Medical Devices Agency, 2003
- URBANO, J.E.; BENTES, M. – Definição de produção Hospitalar: os grupos de diagnóstico homogéneos, Revista Portuguesa de Saúde Publica. 8:1, 1990

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**ANEXO I – Matriz de Requisição de Transporte analisada**

**ANEXO II – Termo de Responsabilidade**

**ANEXO III – Matriz de Requisição de Transporte em vigor**

**ANEXO IV – Minuta de Contrato de Prestação de Serviços**

**ANEXO V – Despacho 7861/2001- Regulamento Geral de Acesso ao Transporte Não Urgente no âmbito do Serviço Nacional de Saúde**

**ANEXO VI – Regulamento Interno do CHP**

**ANEXO VII- Exemplo de tipo de amostra analisada**



# ANEXO I

---

Serviço/Unidade \* \_\_\_\_\_

Médico(a) \* \_\_\_\_\_

N.º O.M. \* \_\_\_\_\_ N.º Mec. \* \_\_\_\_\_

Assinatura \*\* \_\_\_\_\_

\* Preenchimento obrigatório em letra de imprensa

\*\* Preenchimento obrigatório

Data da Requisição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Meio de transporte: Ambulância ☐ Táxi ☐ Outros (especificar) \_\_\_\_\_

☐ Doentes com alterações neurológicas que acarretem riscos para os próprios ou para terceiros:

Ex: Demências, atrasos ou alterações mentais graves, epilepsias refractárias, marcha dependente, incontinência esfincteriana permanente, alterações graves dos órgãos dos sentidos

Causa clínica que motiva a requisição de transporte: \_\_\_\_\_

☐ Doentes com problemas do aparelho locomotor:

☐ Incapacidade de deambulação aguda (1 mês)

Ex: Fracturas, pós-operatórios (membros inferiores)

☐ Incapacidade de deambulação crónica (12 meses)

Ex: Malformações congénitas, sequelas inflamatórias/infecciosas, traumáticas, tumorais, vasculares, neurológicas

Causa clínica que motiva a requisição de transporte em ambulância: \_\_\_\_\_

☐ Doentes com patologia médico/cirúrgica que condicione significativa incapacidade funcional em repouso ou para actividades mínimas da vida diária:

☐ Incapacidade transitória (1 mês)

☐ Incapacidade permanente (12 meses)

(Ex: Insuficiência cardíaca classe III/IV-IV, doença oncológica avançada, pós-operatório com elevado grau de dependência)

Causa clínica que motiva a requisição de transporte: \_\_\_\_\_

☐ Hemodiálise/Diálise

☐ Transplantado(a) Renal

☐ Transplantado(a) Hepático ou Reno-pancreático

☐ Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

☐ Validade da Requisição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nota** Os doentes pós-transplante renal têm direito a transporte nos 1.ºs três meses após o acto cirúrgico e os transplantados hepáticos/reno-pancreático nos primeiros 6 meses; tal não invalida que possam preencher posteriormente algum dos critérios acima contemplados.

## ANEXO II

Centro Hosp. Porto, Epe- (Hsa, Mjd, Hmp)  
Largo Prof. Abel Salazar  
4099-PORTO

Ministerio da Saude - ACSS

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSPORTE DOS DOENTES

Termo N.:

Numero: - Saida-

Data Transp:

Doente:

Pai/Mae:

Data Nascimento:

Servico Requisitante:

Motivo Transporte:

Destino do Doente:

Entidade Transportadora:

Observacoes:

PORTO, de de .

Servico de Transportes  
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.

O Funcionario Administrativo

Entidade Responsavel:

O Hospital responsabiliza-se pelo pagamento do transporte.

Transporte efectuado em \_/\_/\_/

O Funcionario

Nota: A facturacao deve ser mensal, enviada ao Servico de Transportes do Centro Hospitalar do Porto ate ao 15 dia do mes subsequente a que respeita a deslocao. As facturas devem conter o numero de matricula da transportadora (ambulancia), se aplicavel.

Processado por computador

# ANEXO III

☐  
☐  
☐  
☐

(Colante)

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº Processo: \_\_\_\_\_

Nº de Episódio: \_\_\_\_\_

Subsistema: \_\_\_\_\_ Nº Beneficiário: \_\_\_\_\_

Serviço Prescritor: \_\_\_\_\_

Nome Médico Prescritor (legível): \_\_\_\_\_

Nº OM: 

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DIREITO A TRANSPORTE – Justificação Clínica** (Art.º 4º nº 1 do Despacho nº 7861/2011 de 17/05)

a) Doentes com doença comprovadamente incapacitante nas seguintes situações:

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Sequelas motoras de doenças vasculares      | <input type="checkbox"/> | 6. Doença neuromuscular de origem genética ou adquirida | <input type="checkbox"/> |
| 2. Transplantados                              | <input type="checkbox"/> | 7. Patologia do foro psiquiátrico                       | <input type="checkbox"/> |
| 3. Insuficiência cardíaca e respiratória grave | <input type="checkbox"/> | 8. Doenças do foro oncológico                           | <input type="checkbox"/> |
| 4. Perturbações visuais graves                 | <input type="checkbox"/> | 9. Queimaduras  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Doenças do foro ortopédico                  | <input type="checkbox"/> |   |                          |

b) Grandes acamados ☐c) Doentes com imunodepressão em fase de risco para o próprio ☐d) Mulheres com gravidez de risco ☐e) Doentes portadores de doenças infecto-contagiosa que implique risco para a saúde pública ☐**VERIFICAÇÃO DA CONDIÇÃO DE RECURSOS – Justificação Sócio-económica** (Art.º 3 nº 2 e 3 do Despacho nº 7861/2011 de 17/05)

Informação Serviço Social: \_\_\_\_\_

Justificação Clínica: \_\_\_\_\_

**MODALIDADE DE TRANSPORTE** (Art.º 6 nº 1, 2 e 3 do Despacho nº 7861/2011 de 17/05)

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Ambulância tipo A2 (transporte múltiplo)                                | <input type="checkbox"/> | 3. Ambulância tipo B (ambulância de socorro)             | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ambulância tipo A1 (transporte individual)<br>(com autorização do C.A.) | <input type="checkbox"/> | 4. Ambulância tipo C (ambulância de cuidados intensivos) | <input type="checkbox"/> |

Justificação para requisição de ambulâncias tipo A1, B e C

**OUTRO TIPO DE TRANSPORTE** (Art.º 6 nº 4 do Despacho nº 7861/2011 de 17/05)

Especificar: \_\_\_\_\_

Situação Clínica: \_\_\_\_\_

**Pedido de transporte para atos marcados (ida e volta)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consulta Externa ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Cinesiterapia (até 12 sessões – validade 30 dias)                                    |
| <input type="checkbox"/> MCDT – Análises ____/____/____  | <input type="checkbox"/> Fisiatria (20 sessões – validade 90 dias)  |
| <input type="checkbox"/> MCDT – Exames ____/____/____    | <input type="checkbox"/> Hospital Dia (até 10 sessões – validade 30 dias)<br>(Oncologia, Hematologia Clínica) |

**CONDIÇÕES DE TRANSPORTE**

1. Ventilação
- ☐
2. Oxigénio
- ☐
3. Monitorização
- ☐
4. Cadeira de rodas
- ☐
5. Doente acamado
- ☐

**DIREITO A ACOMPANHANTE**

- |   |                          |                                   |                          |
|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| a) Necessidade de acompanhante permanente | <input type="checkbox"/> | e) Surdez                         | <input type="checkbox"/> |
| b) Idade inferior a 18 anos               | <input type="checkbox"/> | f) Défice de visão significativo  | <input type="checkbox"/> |
| c) Debilidade mental                      | <input type="checkbox"/> | g) Incapacidade funcional marcada | <input type="checkbox"/> |
| d) Problemas cognitivos                   | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |

**VALIDAÇÃO DIRETOR SERVIÇO**

Carimbo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL**

Carimbo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# ANEXO IV

---

Centro Hospitalar do Porto, EPE

## Contrato de Serviços de Transporte de Doentes

Entre o Centro Hospitalar do Porto EPE, pessoa colectiva nº 508331471, sito no Largo Prof. Abel Salazar, 4099-001, Porto, devidamente representado pela Administradora Dra. Elia da Costa Gomes, adiante designado por 1º contraente; e contribuinte nº , com sede , representado pelo , portador do B.I. n.º de de A .I. de , com poderes para a celebração do presente contrato, e adiante designado por 2º contraente; é celebrado o presente contrato de Prestação de serviços de Transporte de Doentes.

### 1ª Clausula

Pelo presente contrato, o segundo contraente obriga-se à realização de serviços de transporte de doentes do CHP para outros Hospitais e domicílios.

### 2ª Clausula

Este contrato tem início no dia de e termina no dia de de com probabilidade de prorrogação por anos.

### 3ª Clausula

O primeiro contraente pagará ao segundo contraente: transporte na cidade até 30km – 10,00€; o preço de retorno deverá ser no máximo de 20,00€; preço/km-0,40€; hora de espera (após a 1ª hora) – 2,49€; sempre que a viagem implique retorno não há lugar à cobrança de hora de espera; taxa do 2º doente – 20%; utilização de O2 – grátis; taxa de saída da ambulância medicalizada – 40,00€; taxa de saída e preço por km da ambulância medicalizada quando o serviço for para fora da cidade (+30km) – 40,00€ + 0,45/km

### 4ª Clausula

- 1- O segundo contraente não poderá ceder a sua posição contratual ou qualquer dos direitos e obrigações decorrentes do presente contrato sem prévia autorização do primeiro contraente.



#### 5ª Clausula

- 1 - O segundo contraente terá de iniciar o transporte dos doentes 30 minutos após a solicitação do primeiro contraente.
- 2 - No caso de o segundo contraente não cumprir o estipulado no nº1 do artº 3, o 1º contraente reserva-se no direito de chamar outro fornecedor, imputando ao primeiro o custo do transporte.

#### 6ª Clausula

Todos os transportes de doentes, devem ser efectuados pelo cais, nunca devendo utilizar os acessos ao jardim e só deve ocupar o cais quando for requisitado o transporte.

#### 7ª Clausula

- 1-Sendo o presente contrato estabelecido com base no princípio de boa fé, qualquer conflito entre as contraentes deverá ser resolvido por acordo entre as partes
- 2-Quaisquer conflitos que não possam ser dirimidos conforme o descrito no numero anterior, as partes convencionam como competente o foro da comarca do Porto, com expressa renuncia a qualquer outro

#### 8ª Clausula

- 1 -O segundo contraente devem manter toas as viaturas em condições que garantam a qualidade, higiene e segurança do serviço.
- 2 - O segundo contraente deve garantir que o seu pessoal é devidamente preparado, com formação legalmente exigida para cumprimento das tarefas exigidas no caderno de encargos do Processo de Compra Publico nº.

#### 9ª Clausula

- 1 - O segundo contraente deve respeitar todos os procedimentos e instruções de trabalho em vigor no CHP. Compete ao segundo contraente solicitar ao primeiro contraente uma cópia dos procedimentos.
- 2 - O segundo contraente deve entregar toda a documentação respeitante à recepção dos doentes e respectiva factura até ao dia 15 de cada mês

#### 10ª Clausula

- 1 - O Serviço de Transportes leva a cabo avaliações continuas do serviço prestado de acordo com o documento IM.SH.ST.026/1, cuja cópia se anexa.

2 – A avaliação inferior a 12 pontos em dois meses seguidos ou três meses intercalados, implica uma penalização de 5% sobre o valor de facturação mensal.

3 – O segundo contraente será penalizado em 5% do valor da facturação mensal à segunda reclamação apresentada por utentes, em que o motivo da reclamação seja considerado válido e imputável ao transportador.

4 – Uma avaliação negativa continua do segundo contraente ou o não cumprimento, ou cumprimento defeituoso reiterado das obrigações decorrentes do presente contrato, se insusceptíveis de regularização, determinam, nos termos legais, a sua rescisão unilateral.

O presente contrato foi elaborado em dois exemplares de igual valor, com 3 (Três) folhas, ficando um na posse do primeiro contraente e outro na posse do segundo contraente, e depois de lido e rubricado, pelos contraentes foi dito que aceitam a prestação de serviços nos termos exarados e vão assinar o presente contrato

Porto,      de      de

1º Contraente

2º Contraente

# ANEXO V

específicas, nomeadamente toxicod dependência, HIV, imigração, violência doméstica e pessoas sem abrigo;

2.1.11 — Implementar e assegurar o desenvolvimento da rede nacional de cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência;

2.1.12 — Implementar, acompanhar e avaliar as medidas e políticas de prevenção social à pessoa idosa, dependente e deficiente, na família e na situação de acolhimento;

2.1.13 — Conceder subsídios eventuais de precariedade económica até ao montante de € 250,00 referentes a um único processamento e de € 200,00 mensais, durante o limite máximo de um ano, quando de carácter regular;

2.1.14 — Atribuir subsídios para aquisição de ajudas técnicas, até ao limite de € 500,00;

2.1.15 — Apoiar a dinamização do voluntariado social.

De acordo com o n.º 2 do artigo 36.º do Código do Procedimento Administrativo, o dirigente referido no presente despacho pode subdelegar as competências ora delegadas e subdelegadas.

A presente delegação de competências produz efeitos a partir de 1 de Julho de 2010, ficando ratificados todos os actos praticados no âmbito das matérias por ela abrangidas, nos termos do artigo 137.º do Código do Procedimento Administrativo.

16 de Maio de 2011. — O Director de Segurança Social, *Mário Manuel Guedes Teixeira Ruivo*.

204699924

#### Centro Distrital de Vila Real

##### Despacho n.º 7860/2011

**Delegação e subdelegação de competências do Director de Segurança Social, do Centro Distrital de Vila Real, do Instituto de Segurança Social, I. P., Lic. Francisco José Ferreira da Rocha, na Directora Adjunta, Mestre Gisela Maria Esteves Espírito Santo.**

Nos termos do disposto nos artigos 35.º e 36.º do Código de Procedimento Administrativo, e no uso dos poderes que me são conferidos pelos n.º 4 e n.º 5 do Decreto-Lei n.º 214/2007, de 29 de Maio, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 163/2008, de 8 de Agosto e no artigo 28.º dos Estatutos do Instituto da Segurança Social, I. P., aprovados pela Portaria n.º 638/2007, de 30 de Maio, na redacção que lhe foi dada pelas Portarias n.º 1460-A/2009, de 31 de Dezembro e Portaria n.º 1329-B/2010, de 30 de Dezembro e dos que me foram delegados pelo Conselho Directivo do Instituto da Segurança Social, I. P., através da Deliberação n.º 1101/2011, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 86, de 4 de Maio, delego e subdelego na Directora Adjunta do Centro Distrital de Vila Real, do Instituto da Segurança Social, I. P., Mestre Gisela Maria Esteves Espírito Santo, para serem exercidas nas minhas faltas, ausências e impedimentos, todas as competências próprias e delegadas.

Independentemente das circunstâncias referidas, delego e subdelego, com a faculdade de subdelegar, todas as competências nas seguintes áreas: Unidade de Prestações e Atendimento e Núcleo Administrativo e Financeiro.

O presente despacho é de aplicação imediata, ficando desde já ratificados todos os actos praticados pelo delegado no âmbito das matérias nela abrangidos, nos termos do artigo 137.º do Código de Procedimento Administrativo.

18 de Maio de 2011. — O Director de Segurança Social, *Francisco José Ferreira Rocha*.

204699024

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

### Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

#### Despacho n.º 7861/2011

O pagamento do transporte dos doentes não urgentes deve ser garantido aos cidadãos que efectivamente necessitam desse apoio, de forma a disponibilizar o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde

a que têm direito e, em consequência disso, que esse transporte seja pago pelo SNS.

Esta responsabilidade do Estado só pode ter expressão se traduzida na prestação de um serviço sujeito a regras que permitam a execução dos normativos de uma forma eficiente e eficaz, considerando, ainda, a conhecida limitação de recursos existentes e as avultadíssimas verbas gastas pelo Estado nestes transportes.

Por outro lado, a realidade nacional do transporte de doentes não urgente é muito heterogênea e complexa, seja quanto às regras aplicáveis, aos aspectos organizativos ou ao nível dos sistemas de informação utilizados e à multiplicidade de intervenientes, que se traduzem, no imediato, em ineficiências muito graves, com custos acrescidos relevantes para o SNS e, em alguns casos, em situações lesivas da equidade e do acesso à saúde dos cidadãos, com incidências muito variáveis no território nacional. Isto mesmo foi identificado em recente relatório de auditoria da ACSS, I. P. — Administração Central do Sistema de Saúde — e confirmado pela apreciação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

Neste sentido, foi publicado o despacho n.º 19264/2010, de 14 de Dezembro, do Secretário de Estado da Saúde, no *Diário da República*, 2.ª série, de 29 de Dezembro de 2010, que versa exclusivamente sobre os princípios a que deve obedecer o pagamento do transporte de doentes não urgentes.

Este despacho menciona, igualmente, a necessidade de ser definido um «quadro normalizador global através de um regulamento geral de transportes de doentes não urgentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde», dado que o transporte de doentes não urgentes revela problemas sistémicos com implicações na despesa do SNS, aos quais o Ministério da Saúde não pode ser alheio, nem deve ser passivo.

Neste âmbito, foi devidamente considerada a Resolução da Assembleia da República n.º 88/2011, assim como foram acolhidas as recomendações constantes da deliberação do conselho directivo da Entidade Reguladora da Saúde sobre esta matéria.

Assim, ao abrigo da base XXIII da Lei de Bases da Saúde, determino:

1 — O pagamento do transporte de doentes não urgentes é garantido aos utentes nas situações previstas no Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente de Doentes e Utes.

2 — Para o efeito do numero anterior é aprovado o Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no Âmbito do Serviço Nacional de Saúde, anexo ao presente despacho e do qual faz parte integrante.

3 — É criada uma comissão técnica de acompanhamento, entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Liga de Bombeiros Portugueses, para análise e monitorização do presente Regulamento, com a composição de dois representantes de cada uma destas entidades, que reúne trimestralmente, podendo assessorar-se por elementos, devidamente credenciados, para o efeito. Os membros desta comissão não são remunerados.

4 — O presente despacho entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

17 de Maio de 2011. — O Secretário de Estado da Saúde, *Óscar Manuel de Oliveira Gaspar*.

#### ANEXO

### Regulamento Geral de Acesso ao Transporte não Urgente no Âmbito do Serviço Nacional de Saúde

#### Artigo 1.º

##### Objecto

O presente Regulamento tem por objecto definir as condições de acesso e modalidades de transporte não urgente a que têm direito os doentes e utentes abrangidos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

#### Artigo 2.º

##### Âmbito

1 — O presente Regulamento abrange o transporte de doentes e utentes do SNS cuja origem ou destino sejam os estabelecimentos e serviços que integram o SNS ou entidades com contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde.

2 — Ficam obrigados ao cumprimento das regras e procedimentos do presente Regulamento todos os estabelecimentos e serviços do SNS e entidades com contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde.



3 — Estão excluídas do âmbito de aplicação do presente Regulamento as seguintes situações:

- a) O transporte de doentes urgentes, muito urgentes e emergentes, com excepção dos casos previstos nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º;
- b) O transporte de vítimas de doença profissional ou acidente de trabalho;
- c) O transporte para consultas de submissão a juntas médicas.

#### Artigo 3.º

##### Direito ao transporte

1 — Aos doentes abrangidos pelo SNS é garantido o direito ao transporte sempre que a situação clínica o justifique.

2 — Aos utentes do SNS, em situação de insuficiência económica e desde que justificado clinicamente, é garantido o direito ao transporte para acesso aos cuidados de saúde, sempre que se verifique que o rendimento médio mensal do agregado familiar em que se encontra incluído o utente é inferior ao indexante de apoios sociais (IAS).

3 — Para efeitos da aplicação do disposto no número anterior:

a) A verificação da condição de recursos, nos termos do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de Junho, é efectuada com base no rendimento bruto e no agregado familiar que constam da declaração de rendimentos a que se refere o artigo 57.º do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442-A/88, de 30 de Novembro, do ano em relação ao qual decorreu há menos tempo o respectivo prazo de entrega, previsto no artigo 60.º do Código do IRS;

b) No caso do agregado familiar que integra o utente estar dispensado de apresentação da declaração de rendimentos referida no número anterior, nos termos do artigo 58.º do Código do IRS, e não tenha procedido à sua entrega, para verificação da condição de recursos, são considerados os rendimentos comunicados ao abrigo do artigo 119.º do Código do IRS;

c) O rendimento mensal médio resulta da divisão do rendimento anual médio do agregado familiar por 14 meses;

d) O rendimento anual médio do agregado familiar resulta duma fracção que comporta no numerador o rendimento bruto anual do agregado familiar e no denominador o número de elementos do agregado familiar.

4 — Para os efeitos previstos no presente Regulamento, a distinção entre doente e utente assenta no critério da necessidade clínica do transporte.

#### Artigo 4.º

##### Direito ao transporte em ambulância

1 — Tendo em conta o estabelecido na legislação relativa ao transporte de doentes, o direito ao transporte não urgente em ambulância é garantido aos doentes nas situações clinicamente fundamentadas e devidamente registadas no processo clínico do doente, a seguir discriminadas:

a) Doentes com doença comprovadamente incapacitante nas seguintes situações:

- i) Sequelas motoras de doenças vasculares;
- ii) Transplantados quando houver indicação expressa do serviço hospitalar responsável pela transplantação, sem prejuízo do disposto no artigo 14.º;
- iii) Insuficiência cardíaca e respiratória grave;
- iv) Perturbações visuais graves;
- v) Doença do foro ortopédico;
- vi) Doença neuromuscular de origem genética ou adquirida;
- vii) Patologia do foro psiquiátrico;
- viii) Doenças do foro oncológico;
- ix) Queimaduras;
- x) Insuficientes renais crónicos;

- b) Grandes acamados;
- c) Doentes com imunodepressão em fase de risco para o próprio;
- d) Mulheres com gravidez de risco;
- e) Doentes portadores de doença infecto-contagiosa que implique risco para a saúde pública.

2 — A lista de situações clínicas constantes do número anterior será reapreciada de dois em dois anos.

#### Artigo 5.º

##### Aplicação

1 — O presente Regulamento aplica-se às seguintes situações:

- a) Transporte para consultas, tratamentos e ou exames complementares de diagnóstico, mediante prescrição médica e requisição emitida pelos estabelecimentos do SNS referidos no n.º 2 do artigo 2.º;
- b) Transporte de doentes para a sua residência, após alta hospitalar, desde que clinicamente justificado e mediante requisição emitida pelo estabelecimento integrado na rede do SNS;
- c) Transporte de doentes que, assistidos numa qualquer unidade do SNS, por razões clínicas e decisão médica, careçam de transferência para outro estabelecimento de saúde.

2 — O presente Regulamento aplica-se ainda às situações em que o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) não reconheça a necessidade de transporte urgente e o doente ou familiar o fizer, por iniciativa própria, vindo, posteriormente, a ser reconhecida essa necessidade de transporte, através de justificação clínica emitida pelo serviço de urgência da unidade de saúde para onde o doente foi transportado.

3 — Para efeito do disposto no número anterior, nos serviços de urgência com sistema de triagem de Manchester são considerados com direito ao transporte as situações:

- a) Emergentes (cor vermelha);
- b) Muito urgentes (cor de laranja);
- c) Urgente (cor amarela), a confirmar pelo médico assistente;
- d) Nos serviços de urgência que não possuam ou não utilizem o sistema de triagem de Manchester, a justificação quanto à necessidade de transporte terá de ser emitida pelo médico assistente aquando do acto de consulta.

#### Artigo 6.º

##### Modalidade de transporte

1 — O transporte não urgente de doentes deve ser efectuado sempre que possível em ambulância de transporte múltiplo (ambulância tipo A2), tendo em consideração os seguintes princípios de agrupamento de doentes:

- a) Doentes inseridos no mesmo percurso;
- b) Doentes destinados ao mesmo estabelecimento;
- c) Doentes para o mesmo período horário de consulta ou tratamento.

2 — O recurso a ambulância de transporte individual (ambulância tipo A1) deve ser justificado pelo médico e devidamente autorizado pelo responsável da entidade requisitante ou pela pessoa em quem este último delegar tal competência.

3 — O transporte não urgente de doentes, quando clinicamente justificado, pode ser efectuado em ambulâncias tipo B ou C, nos termos do Regulamento de Transporte de Doentes aprovado pela Portaria n.º 1147/2001, de 28 de Setembro, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.º 1301-A/2002, de 28 de Setembro, e n.º 402/2007, de 10 de Abril.

4 — Quando a situação clínica do utente não obrigue ao transporte em ambulância, mas ainda assim seja necessário garantir o acesso a cuidados de saúde, este deve ser efectuado com recurso à modalidade de transporte mais adequada à situação clínica do utente e de acordo com critérios de racionalidade económica, a definir em função das especificidades de cada caso pela entidade requisitante, que deve também ter em conta a adequação de rede de transportes públicos existente.

#### Artigo 7.º

##### Direito a acompanhante

O doente ou utente tem direito a acompanhante sempre que o médico justifique a sua necessidade, nomeadamente nas seguintes situações:

- a) Necessidade de acompanhamento permanente de terceira pessoa;
- b) Idade inferior a 18 anos;
- c) Debilidade mental;
- d) Problemas cognitivos;
- e) Surdez;
- f) Défice de visão significativo;
- g) Incapacidade funcional marcada.

Artigo 8.º

**Prescrição do transporte**

A prescrição do transporte é da exclusiva competência do médico, que deve obrigatoriamente registar no *software* de apoio à actividade médica (SAM) os seguintes elementos:

- a) A justificação clínica, devidamente fundamentada da necessidade de prescrição de transporte;
- b) A definição da modalidade de transporte a utilizar, sem prejuízo da utilização dos meios de transporte disponíveis nos serviços ou estabelecimentos que integram o SNS, desde que devidamente homologados para o exercício da actividade de transporte de doentes, tendo em conta o disposto no artigo 6.º;
- c) Justificação fundamentada dos motivos determinantes de escolha de ambulância tipo A1, tipo B e tipo C, nos termos do Regulamento de Transporte de Doentes aprovado pela Portaria n.º 1147/2001, de 28 de Setembro, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.º 1301-A/2002, de 28 de Setembro, e n.º 402/2007, de 10 de Abril;
- d) As condições em que o transporte deve ocorrer, nomeadamente se o doente necessita de ventilação, oxigénio, monitorização, cadeira de rodas ou se trate de doente acamado;
- e) A justificação da necessidade de acompanhante, de acordo com as situações definidas no artigo 7.º

Artigo 9.º

**Requisição de transporte**

1 — Após a prescrição do transporte pelo médico, os serviços administrativos da entidade requisitante devem proceder à requisição do transporte, obedecendo aos critérios de minimização da distância entre o local de origem, que deve corresponder à morada a partir da qual o transporte é efectuado, e o local de destino, que deve ter em conta a localidade mais próxima do local de origem, e aos restantes princípios definidos no artigo 6.º do presente Regulamento.

2 — A requisição de transporte, electrónica ou manual, deve conter obrigatoriamente a seguinte informação:

- a) Número de requisição, que deverá ser sequencial;
- b) Identificação do utente a transportar: nome do utente, número de identificação de utente do SNS e identificação do terceiro pagador responsável, se for o caso;
- c) Local de prescrição;
- d) Identificação da entidade requisitante;
- e) Local de origem;
- f) Local de destino;
- g) Identificação do médico prescriptor, da qual conste obrigatoriamente o nome completo, o número de cédula profissional e respectiva especialidade;
- h) Motivo justificativo da necessidade de acompanhante;
- i) Modalidade de transporte requisitado e motivos determinantes da escolha do tipo de transporte quando diferente de veículo de transporte múltiplo;
- j) Número de deslocações mensais previstas;
- l) Autorização pelo responsável da entidade requisitante ou da pessoa em que este delegar tal competência.

3 — Na requisição deve constar ainda:

- a) Condições em que o transporte deve ocorrer, nomeadamente se o doente ou utente necessita de:
  - i) Ventilação;
  - ii) Oxigénio;
  - iii) Monitorização;
- b) O direito a acompanhante.

4 — A requisição de transporte deve ser efectuada por via informática, através de aplicação informática específica AGIT (aplicação de gestão integrada de transportes), com base na informação inicial gerada pelo *software* de apoio à actividade médica (SAM).

5 — Depois de introduzida na AGIT, a requisição do transporte deve ser confirmada pelo responsável da entidade requisitante ou pela pessoa em quem este delegou essa competência.

6 — A excepção dos casos referidos nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º, a requisição deve ser disponibilizada ao transportador através da AGIT, antes da realização do transporte.

7 — A requisição deve ainda ser disponibilizada à entidade prestadora dos cuidados de saúde, através da AGIT.

8 — Para garantir a integridade da informação, deve existir uma interligação entre as diferentes aplicações informáticas, nomeadamente entre o *software* de apoio à actividade médica e a AGIT.

9 — A AGIT deve possibilitar o acesso via Internet da entidade requisitante, do transportador, da entidade prestadora de serviço e da entidade supervisora.

10 — A AGIT deve contemplar a existência de um módulo de apoio à facturação que permita a indicação dos seguintes elementos:

- a) Relativamente ao transportador:
  - i) Matrícula do veículo transportador;
  - ii) Número de doentes ou utentes e acompanhantes transportados;
  - iii) Data e hora da deslocação;
  - iv) Local de origem e de destino;
  - v) Quilómetros percorridos;
  - vi) Indicação de fornecimento de oxigénio, *kit* de parto, ventilador ou monitorização;
  - vii) Indicação da aplicação de taxa de saída;
  - viii) Horas de espera;
- b) Relativamente ao prestador de serviço:
  - i) Dia do tratamento;
  - ii) Local de tratamento;
  - iii) Hora de entrada e hora de saída do doente ou utente do local de tratamento.

11 — Só são válidas as requisições de transporte efectuadas através da AGIT, só sendo admissível a emissão manual de requisição de transporte no caso de inoperacionalidade do sistema informático ou de consultas no domicílio, obrigando nesses casos à transcrição posterior da requisição para a AGIT.

Artigo 10.º

**Validade da requisição de transporte**

1 — A requisição é válida por 30 dias a contar da data da sua primeira utilização, excepto nas situações constantes nos números seguintes.

2 — Quando se trate de tratamentos prolongados, a requisição é válida para todo o período de tratamentos, até ao máximo de 90 dias, devendo, nestes casos, o médico assistente elaborar relatório clínico, a incluir no processo do doente, que fundamenta a necessidade de tratamentos para além dos 30 dias.

3 — Quando se trate de tratamentos de diálise, a requisição pode ter duração vitalícia.

Artigo 11.º

**Transporte de insuficientes renais crónicos**

1 — A requisição de transporte de insuficientes renais crónicos deve ser feita pelo próprio ou seu representante junto da administração regional de saúde (ARS) respectiva, inclusive nas situações de alteração temporária do local habitual de residência.

2 — As situações de alteração temporária do local habitual de residência referidas no número anterior devem ser comunicadas pelo próprio ou seu representante aos serviços competentes da ARS a que pertence.

3 — A organização do transporte deve ser efectuada para o centro de diálise mais próximo da residência ou do local de permanência em caso de alteração temporária do local habitual de residência.

4 — De acordo com o programa de diálise delineado, cabe à respectiva ARS definir qual a modalidade de transporte ou tipo de ambulância mais adequada, apenas recorrendo a meio de transporte individual quando houver indicação clínica expressa nesse sentido.

5 — A organização do transporte deve ser efectuada em articulação com o transportador e deve obedecer ao princípio de agrupamento de doentes e utentes transportados em função do percurso, estabelecimento de destino e horário de tratamento e ainda de acordo com critérios de racionalidade económica validados pela respectiva ARS.

6 — Enquanto não estiver assegurada a interligação entre a plataforma GID — gestão integrada da doença e a AGIT, a ARS pode, através da plataforma informática GID, ter acesso à informação prévia dos insuficientes renais crónicos da sua área de influência que irão iniciar as sessões de diálise, podendo programar atempadamente os respectivos transportes.

Artigo 12.º

**Transporte no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

1 — No âmbito dos cuidados prestados aos doentes do SNS integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), é da



responsabilidade do hospital a requisição do transporte não urgente, qualquer que seja o tipo de transporte a utilizar, nas seguintes situações:

a) A requisição do transporte não urgente de doentes transferidos para uma qualquer unidade da RNCCI por proposta da equipa de gestão de altas do hospital;

b) A requisição do transporte não urgente de doentes transferidos para a equipa domiciliária da RNCCI, por proposta da equipa de gestão de altas do hospital e referência da equipa coordenadora local (ECL);

c) A requisição do transporte decorrente de tratamentos programados prescritos pelo próprio hospital.

2 — As requisições de transporte não urgentes de doentes provenientes das unidades da RNCCI são efectuadas através da AGIT e são obrigatoriamente validadas pelo médico da ECL, que simultaneamente justificará a necessidade clínica do mesmo.

3 — Em caso de necessidade de cuidados médicos em ambiente hospitalar, o transporte não urgente de doentes do SNS provenientes da RNCCI, salvo indicação em contrário do médico da ECL, é sempre efectuado para o hospital mais próximo da unidade de cuidados continuados integrados na qual o doente está internado.

#### Artigo 13.º

##### Transporte no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)

O transporte de doentes no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) encontra-se regulado em legislação específica.

#### Artigo 14.º

##### Transporte destinado a consultas de pré-transplante

1 — O pedido de transporte para consultas de pré-transplante é feito pelo utente ou seu representante junto da ARS respectiva, devendo ser acompanhado de justificação clínica se for em número superior a duas consultas por ano civil.

2 — A organização do transporte cabe à ARS respectiva.

#### Artigo 15.º

##### Responsabilidade dos encargos com transporte

1 — Os encargos com o transporte só são assumidos nos casos em que o doente ou utente se desloca a estabelecimento ou serviço que integre o SNS ou seja referenciado por estes para uma entidade convenionada.

2 — Os encargos resultantes do transporte de doentes ou utentes referidos no n.º 1 do artigo 5.º, qualquer que seja a modalidade de transporte a utilizar, salvo disposição em contrário, é da responsabilidade das entidades requisitantes, no estrito cumprimento do despacho ministerial n.º 4/89, de 13 de Janeiro.

3 — Os encargos com o transporte referidos no n.º 2 do artigo 5.º são suportados pela entidade que recepcionou o doente, independentemente de posterior débito a outra entidade em função do seu carácter urgente, muito urgente ou emergente.

4 — Os encargos resultantes do transporte às sessões de diálise, após a alta hospitalar, constituem responsabilidade da respectiva ARS, independentemente da entidade que prescreve o programa terapêutico, nos termos do despacho n.º 17/90, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 23 de Janeiro de 1991.

5 — Os encargos resultantes do transporte no âmbito do SIGIC são da responsabilidade do Hospital de origem.

6 — Os encargos resultantes do transporte para consultas de pré-transplante são da responsabilidade da ARS.

7 — Os encargos resultantes do transporte para consultas de pós-transplante são da responsabilidade do hospital responsável pela transplantação.

8 — São da responsabilidade da respectiva ARS os encargos com o transporte não urgente de doentes provenientes da RNCCI.

9 — No âmbito da RNCCI, são da responsabilidade do hospital:

a) Os encargos com o transporte não urgente de doentes transferidos para uma qualquer unidade da RNCCI por proposta da equipa de gestão de altas do hospital;

b) Os encargos com o transporte não urgente de doentes transferidos para a equipa domiciliária da RNCCI, por proposta da equipa de gestão de altas do hospital e referência da ECL;

c) Os encargos com o transporte decorrente de tratamentos programados prescritos pelo hospital.

10 — No caso em que se verifique o transporte em ambulância de mais de um doente em simultâneo — transporte múltiplo — ao preço correspondente ao número total de quilómetros percorridos acresce o valor de 20 % por cada um dos outros doentes ou utentes transportados.

11 — Os encargos com o transporte em ambulância de acompanhante são suportados pela entidade requisitante, de acordo com a regra definida no número anterior, para o transporte múltiplo de dois ou mais doentes em simultâneo.

#### Artigo 16.º

##### Preço do transporte em ambulância

No transporte de doentes em ambulância aplica-se a tabela de preços em vigor, fixada e aprovada por despacho do Ministério da Saúde.

#### Artigo 17.º

##### Monitorização

1 — Cada ARS designa um colaborador com o perfil de supervisor, que deve monitorizar o integral cumprimento do presente Regulamento e a utilização da AGIT pelos seus agrupamentos de centros de saúde (ACES).

2 — Os restantes serviços e estabelecimentos do SNS designam um colaborador com o perfil de supervisor da AGIT, que deve apreciar trimestralmente as requisições de transporte e analisar os respectivos custos, remetendo os dados trabalhados estatisticamente e comentados ao Ministério da Saúde no mês seguinte.

3 — As instituições, os estabelecimentos e restantes serviços do SNS devem elaborar um relatório com periodicidade anual com as principais oportunidades de melhoria detectadas relativamente ao transporte de doentes, como forma de busca contínua da melhoria. Esse relatório deve ser submetido à apreciação do órgão máximo dirigente da instituição e ser objecto de posterior envio ao Ministério da Saúde até ao dia 30 de Março de cada ano.

#### Artigo 18.º

##### Prevalência

O presente Regulamento prevalece sobre todas as orientações existentes sobre esta matéria.

#### Artigo 19.º

##### Disposições transitórias

1 — As entidades do SNS devem, no prazo de 90 dias subsequentes ao da entrada em vigor deste Regulamento, adaptar os respectivos sistemas de informação, nomeadamente no domínio da prescrição, requisição, facturação e conferência, ao agora disposto e implementar a prescrição electrónica do transporte não urgente de utentes.

2 — As ARS, os estabelecimentos e restantes serviços do SNS devem promover a adesão de todos os intervenientes, inclusive das entidades contratadas ou convenionadas, a uma aplicação informática de gestão integrada do transporte que satisfaça os requisitos e as finalidades definidos no presente Regulamento.

3 — Os serviços do Ministério da Saúde devem assegurar os procedimentos necessários para a pronta interligação da AGIT adoptada pelos vários serviços e estabelecimentos do SNS com os restantes sistemas de informação, nomeadamente com a plataforma GID — gestão integrada doença renal crónica e com o SIARS — sistema de informação das ARS.

4 — Enquanto a AGIT não estiver implementada nos estabelecimentos de saúde do SNS ou convenionados, os serviços administrativos dos referidos estabelecimentos procedem à requisição manual do transporte.

204718683

#### Secretaria-Geral

##### Despacho (extracto) n.º 7862/2011

Despacho da Ministra da Saúde de 12 de Maio de 2011:

Concedida a medalha de Serviços Distintos do Ministério da Saúde, grau 'Ouro', à Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

19 de Maio de 2011. — O Secretário-Geral, *João Nabais*.

204718894

## ANEXO VI



## **REGULAMENTO DE TRANSPORTE DE DOENTES DO CHP**

### **I – Objecto e âmbito**

#### **1º - Objecto**

O presente regulamento aplica-se a todas as situações de transporte de doentes, programados e urgentes, em ambulância, táxi e transporte público.

#### **2º - Âmbito de aplicação**

O presente regulamento aplica-se aos utentes do C.H.P., E.P.E, independentemente do seu processo de diagnóstico/tratamento decorrer no Hospital de Santo António, na Maternidade Júlio Dinis ou no Hospital Maria Pia.

### **II – Transporte em ambulância**

#### **3º - Situações em que pode ser requisitado**

1. O transporte de doentes em ambulância pode ser requisitado nas seguintes situações:
  - 1.1 – Quando o doente internado necessita de se deslocar a outro estabelecimento de saúde para realizar consultas, tratamentos e/ou MCDT, utilizando preferencialmente ambulância do CHP;
  - 1.2 – Quando o doente internado é transferido para outro Hospital, utilizando preferencialmente ambulância do CHP;
  - 1.3 – Quando o doente internado ou admitido no Serviço de Urgência necessita de se deslocar, entre unidades ou dentro da mesma unidade, para realização de procedimentos específicos, utilizando ambulância do CHP;
  - 1.4 – Quando a um doente seguido em Consulta Externa, sejam prescritos, consultas, MCDT's ou tratamentos e razões de natureza clínica decorrentes do diagnóstico o justifiquem;
  - 1.5 – No Serviço de Urgência, sempre que o doente tenha alta clínica para o domicílio, fundamentado em justificação clínica sustentada no diagnóstico/ quadro clínico do doente;
  - 1.6 – Quando no Serviço de Urgência haja decisão de transferência para outra Unidade de Saúde;
  - 1.7 – Quando no momento da alta de internamento a situação clínica o justificar. Neste caso, excepcionalmente, e por razões de celeridade processual, a competência para autorizar o transporte é do Director do Serviço, com os custos inerentes;
    - 1.7.1 – Os pedidos efectuados no próprio dia devem ser feitos apenas para situações pontuais e urgentes, ficando condicionados à disponibilidade de transporte;

1.7.2 – O Serviço de Internamento deve, sempre que possível, proceder ao efectivo planeamento da alta, solicitando o pedido de transporte ao Serviço de Transportes até às 15h00 do dia anterior

2 – A requisição do transporte em ambulância é da exclusiva responsabilidade médica, devendo ocorrer em situações clinicamente fundamentadas, constantes do Art.º 4.

3 – A justificação médica deverá ser registada no Processo Clínico (Tabela de Internamento/SONHO).

#### **4º - Situações clinicamente justificadas**

1. Considera-se haver justificação clínica nas seguintes situações:

- a) Doentes com suporte ventilatório artificial;
- b) Doentes com deficiência motora traduzível em incapacidade de locomoção, quando devidamente justificada pelo médico prescriptor, associada/ decorrente da situação clínica/ diagnóstico do doente;
- c) Crianças e jovens deficientes de paralisia cerebral, sempre que o objectivo seja a consulta médica e/ou tratamentos de medicina física de reabilitação, terapia ocupacional e terapia da fala;
- d) Doentes submetidos a transplante renal, hepático e pancreático, considerando-se os seguintes prazos após a alta hospitalar: 3 meses para transplante renal e 6 meses para transplante hepático e pancreático, devendo na prescrição ser indicada a data da alta;
- e) Doentes oncológicos cujo estado geral de saúde incapacite a deambulação do doente e/ou aconselhe condições especiais de transporte.

### **III – Outras modalidades de transporte**

#### **5 - Transporte público**

É admissível o recurso ao transporte público, após avaliação da situação clínica, ponderados o meio economicamente mais favorável e a facilidade de acesso por parte do doente.

#### **6.º - Transporte em táxi**

1 – O transporte em táxi admite-se nas seguintes situações, devidamente explicitadas:

- a) Insuficientes renais crónicos em Hemodiálise e Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória;
- b) Doentes transplantados após os períodos referidos na alínea d) do artigo art.º 4, desde que clinicamente justificado;
- c) Nas situações em que, havendo justificação clínica para concessão do transporte, não seja exigível que o mesmo se efectue em ambulância.

#### **IV – Situações excepcionais**

##### **7º - Transporte de acompanhante**

1 – Em casos excepcionais, em função da gravidade da situação clínica do doente, devidamente fundamentada, é permitida a presença de acompanhante.

2 – O transporte do acompanhante será facturado ao CHP, nos termos actualmente em vigor.

##### **8º - Situações sociais**

1 – Todas as situações de doentes que necessitem de transporte por razões de índole social, serão encaminhadas para o Serviço Social, que deve esgotar as possibilidades de encaminhamento dos doentes para a Segurança Social da área de residência.

2 – Em situações devidamente justificadas, o Serviço Social, após avaliação criteriosa, remete, para decisão, ao Conselho de Administração ou a quem tenha sido atribuído competência subdelegada.

##### **9º - Alta do doente**

O transporte do doente para o domicílio, após a alta do internamento, é sempre da sua responsabilidade, excepto o preceituado nos pontos 1.7, 1.7.1 e 1.7.2 do Art.º 3, pelo que na programação da alta deve contactar-se a família para que esta assegure transporte do doente.

#### **V – Responsabilidades**

##### **10º - Circuitos de requisição**

1 – O pedido de transporte (ANEXO I ao presente Regulamento) é da responsabilidade do médico assistente, que explicitará no respectivo impresso toda a informação necessária à tomada de decisão.

2 – Constitui informação necessária:

a) Identificação do doente – autocolante do episódio que dá origem ao pedido de transporte (episódio actual);

b) Identificação do médico prescriptor – nome legível, carimbo, número mecanográfico e nº da OM;

c) Justificação enquadrada no presente regulamento.

3 – Compete ao Director de Serviço, ou a quem o substitua nas suas ausências, validar toda a informação, desta forma responsabilizando o Serviço pelos custos associados.

4 – A autorização é da competência do Conselho de Administração, podendo ser delegada no Conselho de Gestão do Departamento que enquadra o Serviço requisitante.

- 5 – No caso de o transporte ser justificado por razões sociais a autorização compete ao elemento do Conselho de Administração que tutele o Serviço Social ou em quem aquele subdelegar.
- 6 – A competência para autorizar transporte para realização de tratamentos no estrangeiro é do Conselho de Administração.
- 7 – A emissão do termo de responsabilidade compete ao Serviço de Transportes nos precisos termos da autorização. Nos casos de doente internado ou urgente desencadeia os meios necessários à efectivação imediata do transporte. No caso dos doentes acompanhados em ambulatório faz chegar o termo ao doente, que o acciona junto do operador local.
- 8 – O termo de responsabilidade segue acompanhado de folha de monitorização/confirmação de transporte, ambulância, táxi ou transporte público, que o doente deverá validar no secretariado do serviço ao qual se dirija.
- 9 – Ao Serviço de Urgência compete, diariamente, após o encerramento do Serviço de Transportes, para além da resposta aos seus utentes, garantir o transporte em ambulância de doentes internados. Para tanto, deve esgotar os meios internos e, na impossibilidade de resposta, accionar um operador externo habilitado, constante da lista de adjudicação, desde que verificados, pelo chefe de equipa do SU, os pressupostos constantes dos Art.º 3º e 4º.
- 10 – Compete ao SU, após o encerramento do Serviço de Transportes, assegurar o registo diário dos transportes requisitados.

#### **11º - Responsabilidade financeira**

- 1 – A facturação dos transportes, em ambulância, táxi ou transporte público, é apresentada no Serviço de Transportes do CHP, EPE, que insere e valida a informação, remetendo-a ao Serviço de Aprovisionamento para conferência final.
- 2 – Quando os doentes são referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários para o CHP, EPE, e por razões médicas ou sociais necessitam de transporte em ambulância, caberá àquelas instituições a responsabilidade de o assegurar, assumindo os respectivos encargos.

#### **VI – Outras situações**

##### **12º - Beneficiários de subsistemas**

O transporte de beneficiários dos subsistemas de saúde, das vítimas de doenças profissionais e de doença directa com responsabilidade de terceiros, regula-se pela legislação específica vigente.

#### **VII – Acompanhamento e monitorização**

##### **13º - Monitorização de quantidades e custos**



- 1 – A autorização do transporte que gera a emissão de um termo de responsabilidade deve acautelar as necessidades específicas do doente no âmbito do episódio que lhe deu origem.
- 2 – Compete aos secretariados administrativos assinar o impresso de monitorização/confirmação de transporte colocando o carimbo do serviço com o respectivo centro de custos (ANEXOS II, III e IV ao presente Regulamento).
- 3 – Só será confirmada e enviada para pagamento a facturação que cumpra aquele requisito.
- 4 – O Serviço de Transportes envia mensalmente aos Conselhos de Gestão listagem relativa aos transportes autorizados, realizados e por realizar, por Serviço/ Departamento.

#### **14º - Consultas de reavaliação e controlo**

- 1 – Nos doentes que efectuem tratamentos continuados no tempo, devem ser marcadas consultas de reavaliação da situação clínica e da necessidade de transporte, aos 60 dias ou a cada 20 viagens. Esta periodicidade pode ser ajustada às situações concretas pelos Conselhos de Gestão.
- 2 – Constatada a manutenção da necessidade, inicia-se o circuito descrito no Art.º 10º do presente Regulamento.

### **VIII – Prestações de serviços**

#### **15º - Contratos de prestação de serviços por terceiros**

Para transporte de doentes, o CHP celebra contratos de prestação de serviços, de acordo com a legislação vigente, estabelecendo protocolos com entidades transportadoras.

### **IX – Entrada em vigor**

#### **16º - Entrada em vigor**

O presente Regulamento, e os anexos que dele fazem parte integrante, entra em vigor com a sua publicação, após a aprovação pelo Conselho de Administração do CHP, EPE.

# ANEXO VII

Nefr	Uro	Ofta	Onc	Orto	Fisio	UIC	Neu	Card	Con	Hen	End	Mex	Ciru	Ane	Deri	Neu	Curi	Par	Ped	Esta	O. E	Pne	Gas	Ambul	Taxi	Outro:	CAUSA CLINICA	Código	TJ	TNU	TJssc	TJnm
1		1																					1	Transplante renal	5				1			
			1																				1	Cegueira	1						1	
			1																				1	Carcinoma bexiga-quimio paliativ	3			1				
			1																				1	Carcinoma bexiga-quimio paliativ	3			1				
					1																		1	Eclerose multipla	2				1			
				1																			1	Anca	2					1		
				1																			1	Cirurgia anca esquerda	2			1				
					1																		1	DPOC Estado IV	3			1				
						1																	1	Demencia grave	1				1			
								1															1	Cardio vascular	1				1			
													1										1	Bypass	2					1		
									1														1	Pós oper c/ elevado grau depend	2			1				
									1														1	Transplante e restranplante	5							
			1																				1	Cancro pancreas	3			1				
										1													1	Leucemia/quimio/dores osseas	3						1	
											1												1	Pé diabético	2						1	
					1																		1	Trat fisioterapia	1				1			
	1																						1	Traumatismo vertebro-medular	3					1		
	1																						1	Desloca-se cadeira rodas	2						1	
																							1	Hemodíálise	4			1				
1														1									1	Carcinoma espinal medula/dif l com	2			1				